



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

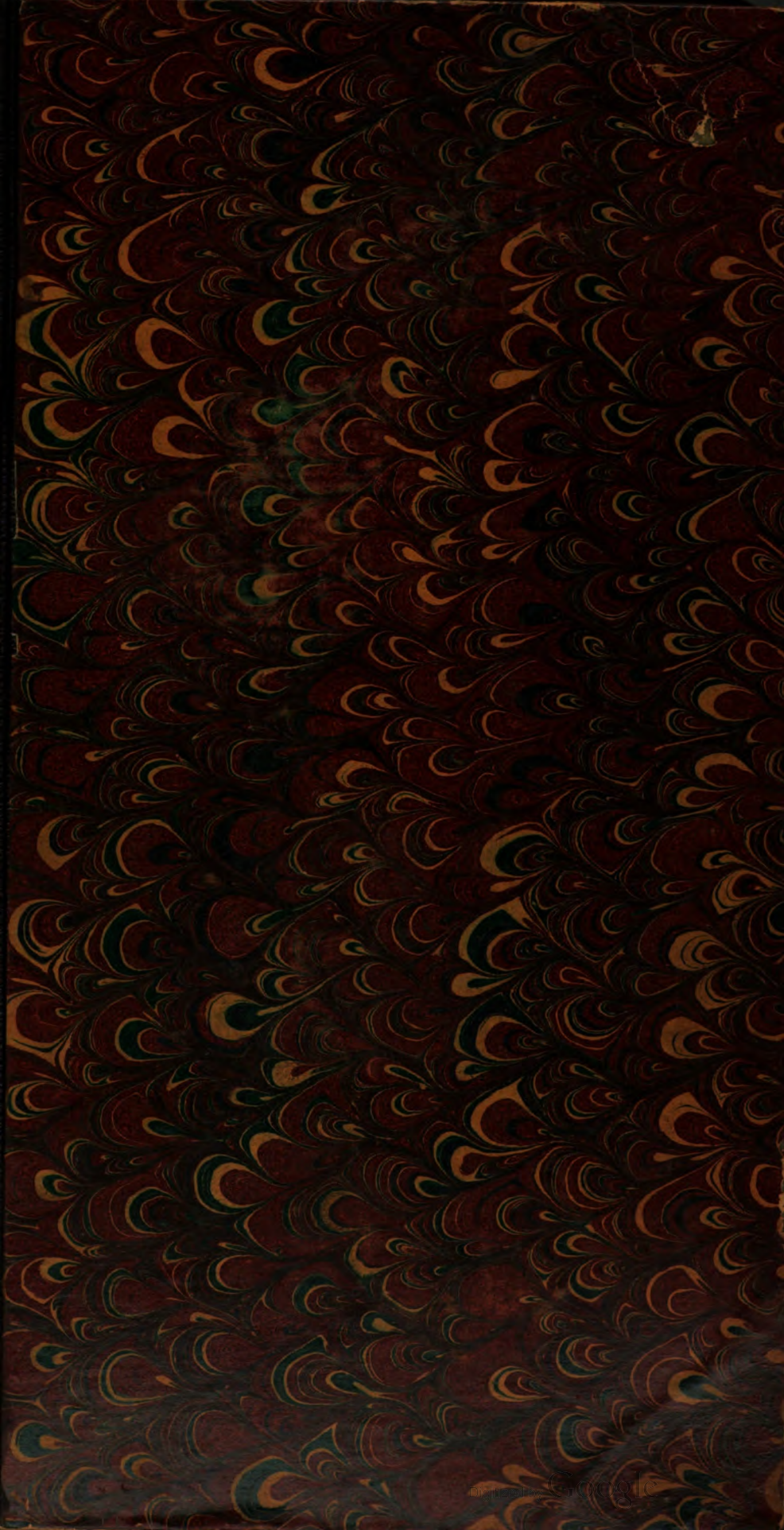
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

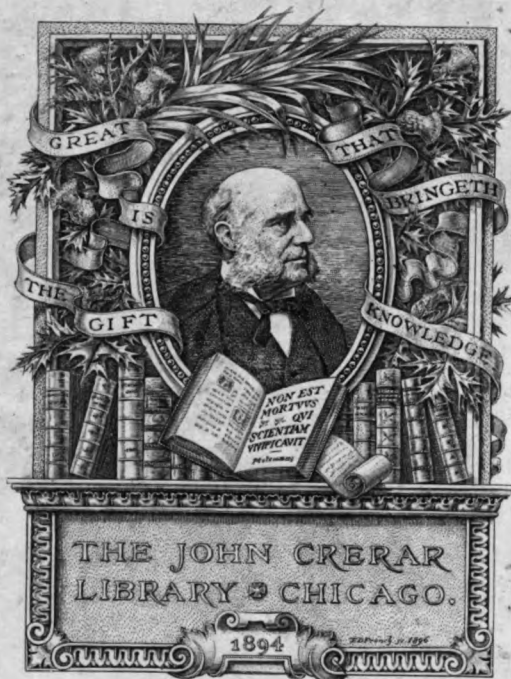
Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.







Der Frauenarzt.

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Ärzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg,
Frauenarzt in Dresden.

XXIII. Jahrgang 1908.

LEIPZIG.
Benno Konegen Verlag.
1908.

341
A930 M10L
V1A98U

Register

zum Jahrgang XXIII des „Frauenarzt“.

Originalien.

- Balassa**, Behandlung der Obstipation 531.
- Block**, Juristische Zurechtstellung und Beantwortung 290, 341.
- Braun**, Über Scheidendesinfektion 292.
- Freunden berg**, Dysmenorrhöe bei jugendlichen Individuen 50.
- Unvermeidlicher Abort und seine Behandlung 533.
- Die gonorrhöische Infektion bei der Frau 390, 434.
- Gutartige und bösartige Kysten der weiblichen Brust 103.
- Über gewisse Mißbildungen und Entstellungen im Gesicht und an den Kiefern des Foetus im Uterus oder bei der Geburt 436.
- Nachweis der Lebendgeburt 4.
- Ovarientransplantation 5.
- Retroversion des graviden Uterus 530.
- Das spontane Verschwinden von bösartigen Geschwülsten 482.
- Fuchs**, Über Callaquot 250.
- Grosse**, Die Asepsis der Rückenmarksanästhesie 2.
- Heinsius**, Ein gynäkologischer Universaloperations- und Untersuchungstisch 386.
- Hoffmann**, Eine Riesenfrucht mit Hydrocephalus, allgemeinem Ödem und Spina bifida 100.
- Kalmus**, Die Mutterkornpräparate 245.
- Kritzler**, Die Gynäkologie und Geburtshilfe Ambroise Paré's 98, 154.
- Kühner**, Diätetisch-arzneiliche Neuerungen 152.
- Lederer**, Kasuistischer Beitrag zum subkutanen Emphysem bei der Geburt 388.
- Marx**, Drei Fälle von Erhaltung des Hymens mehrere Jahre nach der Verheiratung und Schwangerschaft in derselben Familie 338.
- Mensinga**, Dürfen kranke Frauen konzipieren 101.
- Mein stets willfähriger nie versagender Assistent 242.
- I. Polemisches 344.
- Müller**, Die Verlagerungen des Uterus als Folgen von Aborten und Entbindungen und deren Therapie 146, 199.
- Naumann**, Über Drillingsschicksal 194.
- Pouchet u. Freuden berg**, Medizin. Behandlung in der Gynäkologie 52.
- Silberstein**, Die Behandlung der habituellen Verstopfung mit Regulin 205.
- Speese**, Mastitis cystica chronica 298, 345.
- Variot**, Kinderdiarrhöe 484.

Referate über Frauenheilkunde.

- Abbe**, Chloroform versus ether 542.
- Adler**, Seltene Ovarialveränderungen 15.
- Alsb erg**, Brustdrüse u. Eierstock 223.

243889

- Assmy u. Rave, Hageen, ein neues Quecksilberseifenpräparat 308.
- Athanesco, Salpingitiden und Tubarschwangerschaften 537.
- Bab, Über Duplicitas tubae Fallopii 7.
- Bäcker, Fehlerhafte Flexionen 161.
- Bäumer, Schwefelpräparat „Thiopinol“ (Matzka) 13.
- Balloch, use and abuse of salt solution 542.
- Bandler, Technik, Indikation und Grenzen der vorderen vaginalen Kōliotomie 55.
- Borrelt, Kritische Bemerkungen 8.
- Behm, Scheidenspültrichter 302.
- Béquouin, Verfahren bei umfangreichen Fibromen des Ligamentum latum 217.
- Beuttner, Volumenveränderung des nicht schwangeren Uterus 537.
- Bizard, Die Behandlung des Krebses 493.
- Blumenthal, Blutuntersuchung 158.
- Bodenstein, Über Behandlung der Schlaflosigkeit 396.
- Boedt, Puerperal pelvic operations 538.
- Bernstein, Zwei Ausnutzungssversuche mit Odda M. R. 500.
- Bossi, Prophylaxe der Beckendifformitäten 221.
- Boussier, Primärer Krebs der Urethra bei der Frau 401.
- Bovee, The use of Jodine catgut 9.
- de Bovis, Die Dränage 11.
- v. Braun-Fernwald, Uterusperforation 163.
- Brothers, Zwei Fälle von Pseudohermaphroditismus 440.
- Brunner, Erfolge mit Lumbalanästhesie 212.
- Calzolari, La tubercolin-reazione come mezzo di diagnosi della tubercolosi genitale primitiva 394.
- Cantru, Bauchmassage bei Ernährungsstörungen 266.
- Cassini, Santyl bei blennorrhagischer Urethritis 402.
- Chaput, L'anesthésie totale au moyen de la rachistovainisation 59.
- Chase, Verlagerungen des nicht graviden Uterus 157.
- Chavannaz, Die Operation der Verschließung der Scheide 257.
- Clarke, Some experiences relative to the causation of metrorrhagia etc. 394.
- Cohoe, Bacillus typhosus with report of a case 539.
- Constantinescu u. Gomoiu, Tuberkulose des inneren weiblichen Genitales 395.
- Cramer, Todesfall nach Atmokaussis 490.
- Czerny, Blitzbehandlung (Fulguration) der Krebse 261.
- Daniel, Beobachtung in der Gynäkologie 14.
- u. Amza-Jianu, Vulväre Tuberkulose 109.
- David, Endoscopie utérine 545.
- Democh, Vaginale Ovariectomien 108.
- Donald, Gonorrhöische Infektion bei der Frau 354.
- Duncan, Value of Blood observations in gynecological cases 394.
- Ebner, Mammaamputation und andere Operationen in der Achselhöhle 61.
- van der Eeckhaut, Hypnotische Wirkung in der Valeriansäuregruppe 109.
- Jodival 488.
- Ehrenfest, The influence 349.
- Englisch, Ergebnisse der Brustkrebsoperation 549.
- Ernst, Ein Depressor vaginae nach Fanöe 261.
- Falk, Ein Fall von Eversion der Tube 215.
- Fischer, Ein Doppelscheidenspiegel 451.
- Foisy, Subperitoneale Fibrome des Uterus 260.
- Franke, Behandlung der eitrigen Parametritis 221.
- Fränkel, Ovarialantikörper und Osteomalakie 496.
- Franz, Licht als Desinfizienz 269.
- Frederick, Nymphomania 161.

- Freund**, Dysmenorrhöe von den Brüsten aus 57.
- Frey**, Hämolysiert die Frauenmilch? 13.
- Fromme**, Was leistet die zystoskopische Untersuchung zur Prognosestellung der abdominalen Krebsoperation? 397.
- Fromme**, Streptokokken 539.
- Frommer**, Transplantation des Scheidenepithels 551.
- Fusco**, Styptizin bei einigen Metrorrhagien 547.
- Füth und Meyerstein**, Über Formicin 488.
- Gallatia**, Mittelhochlagerung und Staffeltamponade 444.
- Behandlung der Ischias mit Beta-Eukaininjektion 304.
- Galatz**, Syphilis 544.
- Cystitis etc. 10.
- Garceau**, Treatment of tubercular 10.
- Gellhorn**, Menstration ohne Ovarien 20.
- Gerson**, Alkohelseifen 309.
- Girardi**, Behandlung der Dysmenorrhöe und Uterusblutungen 497.
- Gollhorn**, Inoperables Uteruskarzinom 224.
- Gomoiu**, Ein neues Hämostatikum 12.
- Gottlieb**, Operationslose Behandlung von Uterusblutungen 546.
- Grad**, Obliterating thrombosis 441.
- Gräfenberg**, Traubige Schleimhautsarkome der weiblichen Genitalien 351.
- Graves**, Fistula between the fundus of the uterus and the upper portion of the intestine 393.
- Grouven**, Spirochaete pallida 449.
- Grouzew**, Komplikation der Vesikovaginalfisteln 9.
- Haagn**, Prolapsus urethrae bei gleichzeitigem Totalprolaps des Uterus 63.
- Harnmond**, Beckenabszesse 539.
- Hartog**, Zum frühen Aufstehen Köliotomierter 263.
- Hayd**, Large echinococcus cyst of the liver 212.
- Hegar**, Beiträge zur Kenntnis des infantilen Uterus 490.
- Heidenhain**, Beiträge zur Technik des Bauchschnittes 305.
- Helstad**, Suprasymphysärer Faszienschnitt 305.
- Hengge**, Vaginale Operation 214.
- Hensel**, Kotarninphthalat 270.
- v. Herff**, Chlorzink gegen Karzinom, Phenol gegen Endometritis 261.
- Heyde**, Ovariectomie 157.
- Hirschberg**, Beitrag zur Behandlung mit Oophorin 497.
- Hitschmann u. Adler**, Bau der Uterusschleimhaut des geschlechtlichen Weibes 442.
- — Dysmenorrhoea membranacea 446.
- Hoffmann**, Antithyreoidin Moebius bei Osteomalakie 497.
- Pankreatin bei Karzinom 111.
- Verwendung synthetischen Suprarenins 112.
- Hofmeier**, Gebrauch von Chlorzinklösungen 113.
- Hollos**, Die tuberkulöse Ätiologie der Dysmenorrhöe 258.
- v. Holst**, Wie operieren wir am rationellsten? 262.
- Hopffner**, Extractum Digitalis depuratum 450.
- Horst**, Lähmungen im Gebiete des Plexus brachialis bei Operationen in Beckenhochlagerungen 262.
- Thiopinol (Matzka) 113.
- Humiston**, An unusually large dermoid tumor 211.
- Hurdon**, Verlagerung des Uterus 157.
- Hyde**, Acute nonpuerperal pelvic infection 538.
- Jacobson**, A telephonic curet 212.
- Jacoby**, Behandlung des Harnstrangs 306.
- Jaeggy**, Die Kolpektomie nach Peter Müller 304.
- Jayle u. Loewy**, Le traitement des métrites 214.
- Ill**, The conservative medical 160.
- Imbert u. Piéri**, Kolpo-hysterektomie 220.
- Kanitz**, Der Wert des Santyls 110.

- K ä s s m a n n**, Adrenalinbehandlung der Osteomalakie nach Rossi 59.
- K a u f m a n n**, Fingerkürette zur Entfernung von Abortusresten 303.
- K e h r e r**, Hefetherapie der Kolpitis 269.
— Zur Kenntnis des primären Tubenkarzinoms 492.
- K e r m a u n e r**, Über Mißbildungen mit Störungen des Körperverschlusses 7.
- K l e i n**, Skopolamin-Dämmer Schlaf 168.
- K l e i n**, Versenkte Silknäht der Faszie 9.
- K l i n k e n b e r g**, Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit 447.
- K n a p p**, Entfernung von Quellstiften 445.
- K n a u t h**, Beitrag zur internen Arhovinbehandlung 353.
- K n i p e**, Vesico-uterine Fistula 441.
- K o n r a d**, Klinischer Beitrag zum Kampfe gegen den Gebärmutterkrebs 396.
- K u b o**, Minorrhagia and Metrorrhagia 546.
- K u l i g a**, Sirenenmißbildung und ihre Genese 535.
- K r o e m e r**, Seltene Formen der Genitaltuberkulose 218.
- K u n t z s c h**, Uterusperforation 221.
- K u n z s c h**, Kohabitationshindernis 215.
- L e j a r s**, Chronische Torsion 166.
— Die kystischen Epitheliome des Eierstocks 353.
- L e o p o l d**, Über die Behandlung des Karzinoms 493.
- L o c k y e r**, Styptol bei Uterusblutungen 167.
- L o n g y e a r**, Nephrocolopexie 212.
- L ö w y u. G l a s e r**, Sind Gallensteine in der Galle löslich 451.
- L u c a s - C h a m p i o n n i è r e**, Eierstocksimplantation 259.
- M c D o n a l d**, Die Zystitis bei der Frau und ihre Behandlung 401.
- M c K e e**, The hymen: anatomically, medicolegally and historically considered 394.
- M a i e r**, Cotarnine phthalate in uterine hemorrhage 212.
— Styptol bei Uterusblutungen 167.
- M a l y**, Kasuistik der papillären Zervixtuberkulose 109.
- M a n d l**, Über das Epithel im geschlechtsreifen Uterus 000.
- v. M a r s**, Gynäkologische Untersuchung durch die Scheide 257.
- M a y e r**, Solitärer Dezualpolyp am normalen Ende der Schwangerschaft 491.
- M e n g e**, Behandlung der chronischen Endometritis 307.
- d e M e r i c**, Gonorrhöebehandlung 498.
- M e y e r - R u e g g**, Form von klimakterischen Blutungen 63.
- M i l l e r**, Postoperative thrombosis 9.
- M o n s i o r s k i**, Fall von Hämatokele 213.
- M o s z k o w i t z**, Eine neue Lappenplastik bei Vesicovaginalfisteln 301.
- M ü l l e r**, Krampfzustand der Beckenorgane 218.
- M u r a t o w**, Metrorrhagia syphilitica 62.
- N a c k s**, Menstruation præcox 550.
- N a g e l**, Arhovin 543.
- N e b e s k y**, Behandlung der Adnexerkrankungen 106.
- N e n a d o v i c s**, Behandlungsweise nach Bier 20.
- N e u m a n n**, Gelenkkrankheiten zur klimakterischen Lebensperiode 310.
- N e u w i r t h**, Jothion in der Gynäkologie 309.
- N o b l e**, The abdominal wound 8.
- N o r r i s**, Primary squamous-celled carcinoma 161.
- N o v a k**, Significance of pain in pelvic disease 536.
- O a s t l e r**, Puerperal infections of the pelvis 538.
- O e f e l e**, Anorrhä bei Hämorrhoiden 270.
- O f f e r g e l d**, Adenokarzinome im Uterusfundus 54.
- O l m s t e d t**, Phlegmonous sigmoiditis 351.
- O l s h a u s e n**, Ätiologie der Retroflexio uteri puerperalis 264.

- von Ott, Eine neue Modifikation 349.
 Pankow, Das Alttuberkulin Koch 112.
 — Keimplantationen der Ovarien 541.
 — Wundbehandlung 60.
 Papanicola, Die großen Ovarialkysten 107.
 — Spontanruptur der Ovarialkysten 536.
 Pasteau, Die Technik der Radikalbehandlung der Vesikovaginalfisteln 500.
 Paul, Bier'sche Stauung 21.
 Peiser, Frühstadium der Appendizitis 216.
 Peterson, Preservation of the ovaris 541.
 Petitjean, Pyosalpinx 494.
 Pfeilsticker, Ursache der Myomblutungen 58.
 Pfeilstücker, Walchesche Bauchdeckennaht 496.
 Philippe, Die Ligamentopexie bei großen Genitalprolapsen 301.
 Pilty, Lysolvergiftung 447.
 Pirkner, Reizzustände in der Blase 543.
 Plaß, Behandlung der Bartholinitis 452.
 Polano, Behandlung der Dysmenorrhöe 21, 164.
 Porter, a-Monobromisovalerianylharnstoff ein neues Sedativum 542.
 Powell, Behandlung hartnäckiger Hautkrankheiten mit Euresol 540.
 Puppel, Seltene Beobachtung eines Adenocarcinoma papillare et gelatinosum der weiblichen Urethra 399.
 Raw, Moderne Arzneibehandlung der Tuberkulose 219.
 Reclus, Gebärmuttervorfall 449.
 Reinhardt, Adrenalin und Osteomalakie 269.
 Renon, Operationen wegen Uterusfibrom 216.
 Riebold, Wechselbeziehungen zwischen dem Ovulationsvorgang 17.
 Ried, Befestigung der Wanderniere 107.
 Ries, Scopolamine - morphine anesthesia 350.
 Rissmann, Adstringentien 304.
 — Ventrifixur des Uterus 223.
 Ritter, Tumoren mit künstlicher Hyperämie 58.
 Rotter, Scheidenverletzung 15.
 — Gehirnhämorrhagie 16.
 Runge, Neuere Behandlungsmethoden auf dem Gebiete der Gynäkologie 267.
 Russel, Der Pruritus vulvae 404.
 Sadlier, Consistency in aseptic surgical technique 211.
 Salkowski, Eine neue Arsen und Phosphor enthaltende Eisenverbindung 305.
 Scharpenack, Prolapsoperationen 64.
 Schauenstein, Entstehung des Plattenepithelkarzinoms 106.
 Scherbak, Der Simon'sche Spatel 225.
 Schlaepfer, Funktionsprüfung des Magens 550.
 Schlick, Eine neue Leibbinde 498.
 Scholtz, Geschlechtskrankheiten und Ehe 393.
 Schücking, Instillation mit Natriumsaccharat-Kochsalzlösungen 447.
 Schwab, Pessartherapie in der gynäkologischen Praxis 65.
 Sellheim, Wirkung der Uterus-exstirpation 19.
 Severeanu u. Jianu, Versuche zur Behandlung der Neubildungen durch lymphatische Stase 399.
 Sjameni, Hydrometrazoözyt, aus den Malpighi Gaertnerschen Kanälchen 495.
 Sieber, Beitrag zur Skopolamin-Morphiumnarkose 491.
 Simons, Der schneckenförmige Uterus 549.
 Simpson, Postoperative complications 8.
 Sippel, Nierenaushülsung bei Ekklampsie 222.
 Sissa, Santyl 446.
 Skel, Gebärmutterausschabung 165.
 — Intraabdominal torsion 161.
 Smith, Cases illustrating 351.
 Spirt, Bildungsfehler der Vagina 257.

- Staudé, Behandlung der Adnex-
erkrankungen 495.
- Stellendall, Über ein aus dem
lateralen Teil des Ovariums hervor-
gegangenes Fibrosarkom 398.
- Stöckel, Einwanderung einer Ar-
terienklemme in die Blase 162.
- Stöckel, Trockarkatheter 10.
- Sutton, On two cases of abdominal
160.
- Taylor, The role of gonococcus in
disease 256.
- Theilhaber, Die Anwendung der
Aderlässe 487.
- Torkel, Sterilität des Weibes 56.
- Tracy, Complications arising 8.
- Tussenbroek, Verdoppelungen u.
Atresien des weiblichen Genital-
apparats 441.
- v. Valenta, 150 gynäkologische
Fälle operiert 491.
- Valette, Anzeigen und Gegen-
anzeigen der Kinesitherapie 265.
- Vance, A case of deciduoma malignum 161.
- Vasiliu, Hypospadiasis vulvi formis
(Dugès) 211.
- Überzählige Brüste 400.
- van der Veer, Erhaltung des Va-
ginalgewölbes 11.
- vande Velde, Blastomyzeten 163.
- Velden, Über Jodival 488.
- Véosey, Bromural 168.
- Vignard, Eine milde und wirksame
Operation gegen den totalen Vorfall
bei alten Frauen 502.
- Vinnay, Hysterektomie mit totalem
Beckenevidement wegen Zervixepi-
theliom 400.
- de Wald, Veränderungen am Endo-
metrium 352.
- Walthard, Psychoneurotische Aus-
fallerscheinungen 350.
- Wederhake, Dauernd steriles
Fadenmaterial 61.
- Ersatz für Gummihandschuhe 22.
- Weinbrenner, Saugbehandlung in
der Gynäkologie. Die Saugmassage
57.
- Weiß, A consideration of neuraste-
nia 349.
- Weißwange, Frage der Atmo-
kausis 444.
- Nierenabszeß nach Gonorrhöe 355.
- Welch, Die Zahl der Ova 19.
- Wernitz, Vorschlag Zweifels zur
Verhütung von Wochenbetterkran-
kungen 445.
- Wettengel, Styptol bei Uterus-
blutungen 498.
- Wiener, Degeneratio polycystica
ovariorum luteinalis 157.
- Wille, Mechanische Assistenten 262.
- Winiwarter, Die Massage der
Eierstockskysten 501.
- Witthauer, Jothion als Haut-
desinfiziens 488.
- Ziegenspeck, Retroflexio uteri
puerperalis 548.
- Zingher, Ehboryl bei Erkrankungen
Zingher, Euboryl bei Erkran-
kungen des Nervensystems 543.
- Zippert, Mergal im Dienste der
Syphilistherapie 545.

Referate über Geburts- und Säuglingspflege.

- Alessin, Verschleppte Schulterlage
229.
- Alzheimer, Künstliche Schwanger-
schaftsunterbrechung 34.
- Apfelstedt, Die prophylaktische
Armlösung 72.
- Asch, Nierendekapsulation 321.
- d'Astros, Ödeme bei Neugeborenen
132.
- Bäcker, Pubotomie 316.
- Baginsky, Septische Arteriitis 235.
- Baisch, Wandlungen in der opera-
tiven Geburtshilfe 376.
- Barbier, Laits de femme 564.
- v. Bardleben, Venenunterbindung
314.
- Baros, Zwei Fälle von puerperaler
Infektion 30.
- Barthas, Rapport de la tuberculose
laryngée 226.
- Bauer, Geburt eines ungewöhnlich
großen Kindes 462.
- Bayertal, Schulärztliche Er-
fahrungen 282.
- Bell, Puerperal hemorrhage 367.

- Bellingham-Smitt, Rückwärtslagerung der Gebärmutter 124.
- Beneke, Kernikterus der Neugeborenen 280.
- Berlin, Veränderungen in retinierten Plazenten 234.
- Bertola, Inversio uterina 504.
- Biancardi, Die Hernia umbilicalis der Kinder 515.
- Bircher, Ovarialsarkom während der Geburt 276.
- Blain, Über den Puls bei schwangeren Frauen 412.
— Über den Puls bei der Phlegmasia masia 411.
- Boni, L'ipertrofia longitudinale 312.
- Bonnaire, Vingt opérations césariennes pratiquées 31.
- Boerma, Geburtshemnis bei Zwillingsgeburt 176.
- Bornstein, Ausnutzungsversuche mit Odda M. R. 236.
- Bossi, Künstliche Geburt 314.
- von Boustedt, Kautschuk-Heftpflaster 77.
- ter Braak u. Mijnlieff, Eklampsie 229.
- Brewitt, Oberarmbrüche Neugeborener 467.
- Brüning, Säuglingssterblichkeit 235, 317.
- Bumm, Indikationsstellung bei der Pubotomie 366.
- Bürger, Beitrag zur Hebosteotomiefrage 73.
- Büttner, Vaginaler Kaiserschnitt bei Eklampsie 170.
- Calmann, Perityphlitis und Schwangerschaft 227.
- Caminiti, Seltener Fall von Gesichtslage 559.
- Campione, Dell'influenza reciproca delle infiammazione pelviche e degli stati di puerperalita 408.
- Cannaday, Dammrisse 119.
- Champetier de Ribes und Daversin, Darmblutungen der Neugeborenen 26.
- Ciulla, Fettige Degeneration der Gebärmutter 174.
- Cohn, Das akute primäre Hydranion 116.
— Kollargol 560.
— Die Schwangerschaft im rudimentären oder atretischen Nebenhorn des Uterus bicornis unicollis 72.
- Combs, Epidemie anterior poliomyelitis in Philadelphia 511.
- Cragin, Recent advances in obstetrics 355.
- Cramer, Funktion der weiblichen Brustdrüse 75.
- Credé, Meine Pelvioplastik 320.
- Crozer Griffith, A case of congenital biliary cirrhosis 512.
- Cukor, Extraktion nach A. Müller 457.
- Curschmann, Hysterische Schweiß 126.
- Czyzewicz, Kaiserschnitt 465.
- Davis, Der Blutdruck bei der Eklampsie 413.
— Myxedema 467.
- Decio, Kostenlose Geburtshilfe zu Mailand 552.
- Delcourt, Austern u. Typhus 418.
- Derlacher, Lebensfähigkeit Neugeborener 461.
- Derscheid-Delcourt, Riesenwuchs des linken Beines 356.
- Donald, The Diagnosis of early pregnancy 355.
— Messungen des Kindes in utero 116.
- Dorman, Care of the patient in the puerperium 234.
- Drennan, Normally there should be no hemorrhage 366.
- Dresch, Methylenblau als Topikum für Brustwarzen 129.
- Eisenstein, Uterusruptur 558.
- Endelmann, Seltene Indikation 362.
- Engelhorn, Zur Behandlung der Eihautretention 415.
- Esch, Kernikterus der Neugeborenen 567.
- Falgowski, Nierendekapsulation 318.
- Feiertag, Ophthalmie im Puerperium 174.

- Feni**, Kasuistik der kystischen Ovarialtumoren 558.
- Fieux**, Extrauterine abdominale Schwangerschaft 452.
- Finkler**, Einfluß der Ernährung auf die Milchsekretion 122.
- Fiori**, Einige Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaftszeit 504.
- Fletau**, Einschränkung des Leibschnittes 319.
- Fleux**, Heilung zweier Fälle subperitonealer Uterusruptur 458.
- Flint**, Management 233.
- Ford**, Ophthalmia neonatorum 416.
- Frank**, Nierendekapsulation bei Eklampsie 277.
- Fränkel**, Abort durch Röntgenstrahlen 175.
— Intrauteriner Eischwund 123.
- Friedemann**, Ein Fall puerperaler Pyämie 510.
- Fromme**, Kaiserschnitt 229.
— Extraperitonealer Kaiserschnitt 363.
- Fukala**, Heilung der Iritis und Iridozyklitis 237.
- Frey**, Beckenerweiternde Operation 117.
- Fürst**, Sterile Wendungsschlinge 72.
- Gans**, Zangenoperation 537.
- Garbelli**, Unterbrechung der Schwangerschaft 557.
- Gentile**, Anomalie der Schamlippen 552.
— Kaiserschnitt nach Porro 558.
- Gallois**, Die Behandlung der Gastroenteritis bei kleinen Kindern 281.
- Gminder**, 100 Fälle von Morphin-Skopolamin-Narkose 357.
- Gittings**, Subcutaneus emphysema following 458.
- Goldsborough**, Die mütterliche Sterblichkeit 322.
- Granzner**, Eineiige Drillinge 273.
- Griffith**, Three cases illustrative of the occurrence 418.
- Groß**, Inversio uteri puerperalis inveterata 232.
- Grünbaum**, Scheidenvarixblutung in der Schwangerschaft 272.
- Häberlein**, Meteorismus 318.
- Hall**, Über Fehlgeburten 24.
- Hammerschlag**, Anwendung der Abortzange 361.
— Diagnose und Therapie der Hydrocephalus 553.
- Hannes**, Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft 33.
- Harrar**, 1446 Fälle von Vorderseitelstellung 67.
- Hartmann**, Entstehung von Hernien 31.
- Hartog**, Entwicklungsdifferenzen von Zwillingen 126.
- Hegar**, Operative Ära der Geburtshilfe 357.
- v. Herff**, Zur Entwicklungsmechanik der Placenta circumvallata 505.
— Ophthalmoblenorrhoea gonorrhoeica 315.
- Herz**, Perforationsfrage 360.
- Hess**, An examination of exceded tonsils 510.
- Hesse**, Augenbäder mit Lösung von künstlichem Emser Salz 79.
- Hippins**, Hämorrhoiden bei Kindern 128.
- Hofbauer u. Weiss**, Photographische Registrierung der foetalen Herztöne 414.
- Hofmeier**, Der „extraperitoneale“ und der „suprasymphysäre“ Kaiserschnitt 507.
- Holden**, Diagnosis of extrauterine pregnancy 557.
- Holzbach**, Erworbene Ophthalmoblenorrhoe des Neugeborenen 415.
- Horneman**, Ein Fall von Graviditas extrauterine 414.
- Huber**, Meningococcushydrocephalus 511.
- Hunziker**, Acardiacus amorphus 172.
- Jakoby**, Über eine Steißgeburt 320.
- Jaks**, Ein einfaches Hilfsmittel zur Erleichterung der Geburt 557.
- Jennings und Herbert**, Report of case of chylothorax 513.
- Ill**, Myofibroma complicating pregnancy 170.
- Immel**, Über gleichzeitige Schwangerschaft 413.

- Jolly, Hohe Zange bei Gesichtslage 276.
 Kaiser, Eklampsie 129.
 Kamann, Melana spuria 131.
 Kaufmann, Zur Extraktion nach Müller 508.
 Keim, Pathogenie de la phlegmasia alba dolens puerpérale 74.
 Keins, Anwendung des Zuckers 33.
 Kerley, Carbolhydrate incapacity in infants and young children 513.
 Kermanner, Querdurchmesser des kindlichen Kopfes in der Schwangerschaft 70.
 Kerrison, Adenectomy during-akute middle-ear disease 417.
 Kocks, Diagnose der Schulterlagen 277.
 Kosmak, Subkutanes Emphysem 321.
 Krömer, Die Behandlung der Nebenverletzungen bei der Hebosteotomie 279.
 Kutscher u. Rieländer, Mikrocephalus und Encephalokele 27.
 Ladd, The caloric value of modified milk in its relation to infant feeding 512.
 Ladinski, Extrauterine pregnancy 227.
 Landau, Normale Entbindungen 229.
 Lemaire, Unschädlichkeit der Ophthalmoreaktion 418.
 Leopold, Peritonitis 561.
 Lerda, Behandlung der Beckenstenose 177.
 Leuk, Frage der Stillfähigkeit 567.
 Link, Akzidentelle Herzgeräusche 455.
 Lippold, A case of puerperal eclampsia 170.
 Lobenstine, Komplette Ruptur 322.
 — und Harras, Sammelreferate 311.
 Louros, Über die Bedeutung der Eihautretention 278.
 Lunckenbein, Vaginaler Kaiserschnitt 463.
 Mc Leon, The fetal head and the maternal canal 554.
 Mampell, Über Bromural 515.
 Mangiagalli, Blutungen in der Geburtshilfe 503.
 Mangiagalli, Einleitung zum geburts-
 hilflichen Operationskurs 552.
 Mann, Hernienbildung 232.
 Martin, Zur Bettruhe im Wochen-
 bette 409.
 — Geburt beim platten Becken 324.
 — u. Full, Peripheral phlebo-
 sklerosis 512.
 Marx, Treatement of the puerperium 234.
 Mashoe, Sondern, Pherson,
 Cusheg, Sammelreferat 312.
 Mathes, Dammschutz 122.
 — Osteoplastische Beckenerweiterung 365.
 May, Ocular symptoms 417.
 Mayer, Verhütung des Puerperal-
 fiebers 366.
 Menge, Zur Indikationsstellung 175.
 Michaelis, Altersbestimmungen
 menschlicher Embryonen u. Föten 66.
 Morse, Kernig's sign in infancy 511.
 Mueller, Deflexionslagenhabitus u.
 Deflexionslagenkopfform 118.
 Müller, Zur Frage der Hebosteo-
 tomie 507.
 — Serumbehandlung des Puerperal-
 fiebers 561.
 Nacke, Dammschutz 461.
 — Symptome der Thrombose 561.
 Nagel, Stillpraxis 563.
 Närke, Amylenhydrat 562.
 Natanson, Plattenepithel im Ute-
 rus von Kindern 131.
 Nein, Gehstörung nach Hebosteo-
 tomie 553.
 Netter, L'argent colloïdal dans les
 maladies infectieuses 410.
 Neu, Adrenalinwirkung 26
 Neu, Anwendung des Suprarenins 25.
 Nicholson, Extrauterine preg-
 nancy 556.
 Nijhoff, Kaiserschnitt 361.
 Nobécourt u. Merklen, Tem-
 peratur der Säuglinge 78.
 Northrup, Hemothorax 456.
 Oakley, Clock, Tetanus neona-
 torium complicated by pneumonia 418
 Oberndorfer, Heilung der Hebo-
 steotomiewunde 324.
 Ogata, Neue Methoden zur Wieder-

- belebung scheintot geborener Kinder 508.
- Offergeld, Staubehandlung der infizierten Pubotoniewunde 230.
- Opocher, Per lo studio dei fibromiomi uterini 313.
- Osterloh, Behandlung der Eklampsie 460.
- Pallin, Fall von eineiigen Zwillingen 273.
- Partaelli, Extrauterinschwangerschaft 274.
- Patridge, Eklampsie 169.
- Perrin, Plötzliche Mitralinsuffizienz 418.
- Peters, Wiederauffüllung des Uterus nach vorzeitigem Blasensprung 66.
- Pfannenstiel, Technik des zervikalen Kaiserschnittes 362.
- Pfundler u. Moro, Hamolytisches Komplement in der Frauenmilch 567.
- Pomero y, Impacted breech presentation treated by hebotomy 554.
- Popescu, Querlage und Uterusruptur 414.
- u. Georgescu, Plazenta praevia 27.
- Popescul, Die Zange am Steiß 72.
- Preiss, Magendarmblutungen 315.
- Puppel, Osteomalakie mit Nebennierenpräparaten 130.
- Queirel, Forceps und dessen Gefahren 76.
- Späthämorrhagien 118.
- Über die der Frau der arbeitenden Klasse vor und nach der Geburt zu gewährende Hilfe 405.
- Raffaelli, Enteritis follicularis 465.
- Raineri, Beckenerweiterung nach Hebosteotomie 232.
- Statistisch-sanitäre Notizen 551.
- Ribemont-Dessaignes, Über die soziale Rolle der Hebamme 406.
- Rieck, Interstitielle Tubenschwangerschaft 125.
- Riemann, Warzenschutz durch Gaudanin 129.
- Rindfleisch, Dammschutz 461.
- Ringel, Angeborene Nabelschnurbrüche 179.
- Robb, Über Extrauterin gravidität 170.
- Rosenberger, Hämatoma vulvae 275.
- Rubeska, Geburten bei Gebärmuttermyomen 123.
- Sectio caesarea cervicalis 363.
- Rudolf, Die Federkürette 361.
- Rühl, Eine Methode dem Kinde künstlich Luft zuzuführen 178.
- Placenta praevia 319.
- Runge, Puerperalfieber 314.
- Ruppauer, Eine Sturzgeburt 24.
- Ruppert, Pubotomie 231.
- Ruth, Curettage and puerperal sepsis 367.
- Zwei Fälle von Hydrorrhöa 510.
- Rybakow, Alkoholismus und Erbllichkeit 358.
- Sanes, Intrapartum vaginal ovariotomy 356.
- Schanz, Zur Augenentzündung der Neugeborenen 280.
- Schickele, Erweiterung des engen Beckens 464.
- schwere Blutungen unter der Geburt 562.
- Schmidt, Der kreissende Uterus 464.
- Somatose bei Wöchnerinnen 130.
- Schneider, Wiederholter Kaiserschnitt 32.
- Scholl, Das Blutungs-, Schmerz- u. Altersbild der gynäkologischen Erkrankungen 506.
- Schottelius, Diabetes mellitus 414.
- Schweder, Vaginofixationsgeburt 562.
- Schubert, Bedeutung des Zweifel'schen Blutkoagulums 76.
- Schwab, Wiederbelebung scheintot geborener Kinder 318.
- Sée, Brechmittel bei Kindern 130.
- Seitz, Follikelreifung und Ovulation 455.
- Intrakranielle Blutergüsse 127.
- Sellheim, Das „Auge des Geburtshelfers“ 408.
- Uterusbauchdeckenfistel 364.
- Sfameni, Entstehung der Placenta marginata und circumvallata 273.
- Spaeth, Zervikaler Kaiserschnitt 364.

S t ä h l e r, Appendicitis in graviditate 115.
v. S t a r k, Ernährung mit abgesogener Muttermilch 468.
S t e i n e r, Die therapeutische Anwendung der Odda M. R. 81.
S t i l l w a g e n, The treatment of ectopic pregnancy 226.
S t r e m p e l, Behandlung der Eklampsie 172.
T a n t u r r i, Fall von Osteomalakie 26.
T a u t z s c h e r, Extramembranöse Gravidität 559.
T h i e s, Über Gesichtslage 69.
T h o m ä, Bemerkungen zu dem Artikel Hammerschlags 509.
T h u r b e r, The indications for and against 417.
U l r i c h, Intrauterine Leichenstarre 127.
V e l i t s, Adrenalinwirkung 26.
V i n e b u r g, Intestinal hemorrhage 555.
 — Pyelitis in pregnancy 556.
V i t o u x, Hä maturien der Schwangerschaft 173.
V o i s i n, Dementia epileptica 132.
V o i g t, Sectio caesarea vaginalis 324.
V o o r h e e s, Disproportion between the fetal heat 554.
W a g n e r, Interstitielle Tubargravidität 23.
W a l t h e r, Zerrei ß u n g der Nabelschnur 24.
W e i ß w a n g e, Kaiserschnitt 323.
 — Vaginaler Kaiserschnitt bei Eklampsie 362.
W e l l s, Eine Würdigung Joh. d. A. Garrigues 169.
A c h n e z e l, Gravidität und Geburten bei Herzkranken 228.
W e y m e e r c h, Buttermilch 179.
W i e m e r, Die Decapsulatio renum 506.
 — Hydrorrhöa uteri gravid 32.
W i n t e r, Ätiologie der Hyperemesis gravidarum 271.
W o l f f, Schmerzlose Geburtswehen 23.
W y n h o o p, The use of traction in the treatment of hip-joint disease in children 513.

Z a m o r a n i, Rezidivierende Graviditätsalbuminurie 557.
Z i e g e n s p e c k, Querstand der Gesichtslage 463.
Z w e i f e l, Behandlung der Plazenta prävia 28.

Rezensionen.

A l t s c h u l, Lehrbuch der Körper- und Gesundheitslehre 566.
A n t o n, Ärztliches über Sprechen und Denken 185.
A e r z t e und Patienten 474, 518.
B a i s c h, Ursache des Kindbettfiebers 135.
B a n d e l i e r, Lehrbuch der spezifischen Diagnostik 329, 567.
B a r o n, 25 Merkblätter 472.
B a u e r u. A n z i n g e r, Sanitätsmilch 38.
B a y e r, Vorlesungen über allgemeine Geburtshilfe 328.
B e c k's therap. Almanach 186, 475.
B e r g e r, Sozialhygienischer Rückblick 40.
B e r n s t e i n, Merkbüchlein 188.
B l o c h, Vom Tode 473.
B o c k e l m a n n, Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft 135.
B o f i n g e r, Die andauernde Stuhlverstopfung 284.
B o r n t r a e g e r, Diät. Vorschriften für Gesunde und Kranke 516.
B o s s i, Ginecologia moderna 326.
B r ü n i n g, Geschichte der Methodik 474.
B ü r g e r, Geburtsleitung 368.
C h r o b a k u n d v o n R o s t h o r n, Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane 373.
C z y z e w i c z, Hyperemesis gravidarum 517.
E b s t e i n, Leitfaden der ärztlichen Untersuchung 139.
E k s t e i n, Hebammen - Kalender 82.
 — Kurörtliche Bestrebungen 43.
E n g e l, Klima und Gesundheit 42.
F i e b i g, Rachitis 137.
F i n c k h, Irrenwesen 41.
F l a m m, Schwangerschaft und Geburt 189.

- Fürst**, Vademecum 469.
Gudden, Massensuggestion 327.
Herz, Hauskuren 375.
Hirschfeld, Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen 472.
Hoche, Unfallversicherungsgesetze 82.
Hoffa (†), Technik der Massage 83.
von Holst, Bericht über die Tätigkeit der Abteilung für Frauenkrankheiten am Carola-Hause 44.
v. Hovorka, Vergleichende Volksmedizin 471.
Kienböck, Radiotherapie 84.
Klencke, Der Frauenarzt 35.
Klinkhardt, Monatshefte 189.
Klotz, Der Mensch ein Vierfüßler 470.
Korach, Innere Krankheiten 520.
Landfeldt, Mittel gegen Scharlach 187.
Leute, Das Sexualproblem 517.
Marcuse, Großstadt-Dokumente 40.
Mathes, Hebammenlehrbuch 371.
Nassauer, Der Arzt 238, 370.
 — Gebirge und Gesundheit 473.
Orlowski, Schönheitspflege 38.
Paul, Neue Wechselordnung 519.
Peham, Das enge Becken 180.
Phar, Angst 37.
Ramm, Bohnenhülseentee 188.
Robert, Auch die Menstruation eine Injektion 519.
Schäfer, Populär-Psychiatrie 41.
Scherbel, Jüdische Ärzte 183.
Scherf, Herzkrankheiten 284.
Schlagintweit, Bad Brückenaue 475.
Schmey, Beziehungen der Skrofulose zur Tuberkulose 35.
Schnirer, Taschenbuch der Therapie 186.
Stapfer, Consultation sur la grossesse, l'accouchement 566.
Sutter, Psychoneurosen der Frau 189.
Tellner, Physikalische Therapie 188.
Uffenheimer u. Stählin, Warum kommen die Kinder in der Schule nicht vorwärts? 39.
Uppenheim, Atlas der venerischen Affektionen 184.
Veit, Handbuch der Gynäkologie 134.
Volz, Das Foramen „interventrikulare“ 368.
Vorberg, Überwachung der Gewerbeunzucht 37.
von Voß, Hypnotismus 36.
Wagner, Die Extrauterinschwangerschaft 85.
Wattenberg, Wie verschaffen wir unseren Kindern gesunde Knochen? 285.
Weber, Notizbuch eines Berliner Frauenarztes 472.
Weinberg, Einfluß der Geschlechtsfunktionen auf die weibliche Kriminalität 184.
Werner, Lippspringe und die Heilstätten 520.
Wyder, Ursachen des Kindbettfiebers 183.
Zangemeister, Frontaler Gefrierdurchschnitt durch die Beckenorgane 468.
Ziehen, Psychiatrie 369.

Feuilleton.

- Dresch**, Dystokie durch fortschreitende Verunstaltung des Beckens 527.
Freudenberg, Die Laufkur 333.
Mensinga I., Difficile est Satyrot non scribere 286.
 — Zur Frauenfrage 426.

Sachregister.

A.

A-B-C für junge Mütter 475.

Abdominal operations, Complications arising in the kidneys and ureters following abd. oper. 8.

Abdominal section, On two cases of, for trauma 160.

Abdominal wound; its immediate and after care 8

Abkürzung normaler Entbindungen, eine Methode zur 229.

Abort: Bemerkungen zu dem Artikel Hammerschlag's., Die Anwendung der Abortzange“ 509.

Abort: Juristische Zurechtstellung und Beantwortung der im 11. Hefte des „Frauenarztes“ von 1907 von Herrn Dr Mensinga in Flensburg behandelten Frage: „Hat der Arzt das Recht, bei einer tuberkulösen schwangeren Frau im 2. Monat den Abort einzuleiten?“ 290, 341.

Abort durch Röntgenstrahlen 175.

Abort, neue Indikation 573.

Abort, unvermeidlicher, seine Behandlung 533.

Abortzange 361.

Acordiacus amorphus, Beitrag zur Lehre vom 172.

Adenectomy during akute middle ear disease 417.

Adenoidentfernung 417.

Adenocarcinoma papillare et gelatinosum der weiblichen Urethra 399.

Adenokarzinome, über die Histologie der, im Uterusfundus 54.

Aderlässe und örtliche Blutentziehungen bei Neurosen und bei gynäkologischen Erkrankungen 487.

Adnexe, die vaginale Operation der erkrankten 214.

Adnexerkrankungen 159.

Adnexerkrankungen, Beitrag zur konservativen Behandlung der 106.

Adnexerkrankungen, über die Behandlung der entzündlichen 495.

Adrenalin und Osteomalakie 269.

Adrenalin, die Behandlung der Darmblutungen der Neugeborenen mit 25.

Adrenalineinspritzungen nach der Methode Bossi, ein schwerer Fall von Osteomalakie geheilt 25.

Adrenalinbehandlung der Osteomalakie nach Bossi, ein Beitrag zur 59.

Adrenalinwirkung bei Osteomalakie 26.

Adrenalinwirkung bei Osteomalakie, Bemerkungen zu dem Aufsätze von Dr von Velitz 26.

Aetiologie der nicht puerperalen Beckeninfektion 538.

Ärzte und Patienten, mit Röntgenstrahlen durchleuchtet 474 u. 518.

Ärztliches über Sprechen und Denken 185.

Alkohol Anwendung in der Therapie 570.

Alkoholismus und Erblichkeit 358.

Alkoholismus und Stillungsvermögen 332.

Alkoholsekfen 309.

Almanach, Dr Beck's, Therapeutischer 186, 475.

Altersbestimmungen menschlicher Embryonen und Föten auf Grund von Messungen und von Daten der Anamnese 66.

Alt tuberkulin Koch als Diagnostikum in der Gynäkologie 112.

Amylenhydrat bei Eklampsie 562.

Angst 37.
Anorrhä bei Hämorrhoiden 270.
Anorexie bei Kindern, drei Fälle von nervöser 478.
Antithyreoidin M o e b i u s bei Osteomalakie 497.
Appendicitis in graviditate et in puerperio 115.
Appendizitis, zur Pathologie des Frühstadiums der 216.
Argent colloidal dans les maladies infectieuses 410.
Arhovin 353, 543.
Armlösung, prophylaktische, bei der Wendung. Ein Fall von Luftembolie während der Geburt 72.
A r o n s o n'sches Serum 366.
Arteriitis, septische, und Aneurysma beim Kinde 135.
Arzt der großen und der kleinen Welt 370.
Assistenten, mechanische 262.
Assistent, mein stets willfähriger, nie versagender 242.
Atlas der venerischen Affektionen der Portio vaginalis uteri und der Vagina 184.
Atmokaussis, Todesfall nach 490.
Atmokaussis, Beitrag zur Frage der, 444.
Aufstehen, zum früheren, Koliotomierter 263.
Auge des Geburtshelfers 408.
Augenbäder mit Lösung von künstlichem Emser Salz 79.
Augenentzündung der Neugeborenen 280.
Ausfallerscheinungen 350.
Austern und Typhus 418.
Austrittsbewegung, über Erleichterung der, durch eine besondere Haltung der Gebärenden 278.
Azeton, die Behandlung des inoperablen Uteruskarzinoms mit 224.

B.

Bakteriologie der Meningitis 478.
Bartholinitis, die Behandlung der, mit künstlicher venöser Stase 452.
Bauchdeckennaht, Walcher'sche 496.
Bauchmassage bei Ernährungsstörungen 266.

Bauchschnitt, zwei kleine Beiträge zur Technik des 305.
Becken, Die Geburtsleitung bei engem 368.
Becken, Die Leitung der Geburt beim platten 324.
Becken, das enge, eine Studie über die Indikationen zu operativen Eingriffen 180.
Beckenabszesse, Behandlung der 539.
Beckenerweiternde Operation 117.
Beckenerweiternde Operationen, zur Indikationsstellung bei den 175.
Beckenenge 361.
Beckenerweiterung, osteoplastische 365.
Beckenhämatokele 548.
Beckenorgane, über einen seltenen Krampfzustand der 218.
Beckenstenose, eine chirurgische Behandlung der, durch eine ständige Erweiterung des Beckens 177.
Beckenschmerz, Bedeutung des 536.
Behandlung der nicht puerperalen Beckeninfektion 538.
Behandlung von Hautkrankheiten 539.
Behandlungsmethoden, neuere, auf dem Gebiete der Gynäkologie 267.
Behandlung inoperabler Tumoren mit künstlicher Hyperämie 58.
Bettruhe im Wochenbette 409.
Bericht über die Tätigkeit der Abteilung für Frauenkrankheiten am Carola-Hause in der Zeit von 1901—1906 44.
B e r n s t e i n's Merkbüchlein. Ratschläge für Frauen 168.
Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu inneren Erkrankungen 90.
Bibliography of obstetrical Literature 311 und 312.
B i e r'sche Stauung, Beitrag zur 21.
B i e r's Behandlungsweise in der Gynäkologie 20.
Blase, Reizzustände ders. 543.
Blasenscheidenfisteln 301.
Blastomyzeten und Entzündung der weiblichen Genitalien 163.
Blitzbehandlung (Fulguration) der Krebse 261.
Blutdruck bei Eklampsie 413.
Blutergüsse, über operative Behandlung intrakranieller, bei Neugeborenen 127.

Blutkoagulum, die Bedeutung des Zweifel'schen 76.

Blutungen in der Geburtshilfe 503.

Blutungen, eine besondere Form von klimakterischen 63.

Blutung in Puerperium 367.

Blutungen, die Bedeutung und Behandlung uteriner 303.

Blutungen, schwere, bei der Geburt 562.

Blutplättchen 160.

Blutuntersuchung 394.

Blutuntersuchung in der Geburtshilfe und Gynäkologie 158.

Bohnenhülse 168.

Brechmittel bei Kindern 130.

Broad Ligament Pregnancy, advanced, 311.

Bromural 515, 542.

Bromural, Erfahrungen mit 168.

Brückenaus, Bad 475.

Brüste, überzählige 400.

Brustdrüse und Eierstock 223.

Brustdrüse, einige Bemerkungen über die Funktion der weiblichen 75.

Brustkrebsoperation, Ergebnisse 549.

Bücher für Kranke 431.

Buttermilch bei der Behandlung des Magendarmkatarrhs der Säuglinge 179.

C.

Callaqual 250.

Carbohydrate incapacity in infants and young children 513.

Chinin bei Leucorrhoea 331.

Chloroform gegen Aether 542.

Chlorzink gegen Karzinom, Phenol gegen Endometritis 261.

Chlorzinklösungen bei der Behandlung von Endometritis 113.

Chorea gravidarum 141.

Chyllothorax, report of case of, in a child 513.

Cirrhosis, congenital, biliary 512.

Consistency in aseptic surgical technique 211.

Cotarnine phthalate in uterine hemorrhage 212.

Craniotomy, some Observations on, 312.

Cumolkatgut oder Jodkatgut? 9.

Curet, a telephonic 212.

Curettage and puerperal sepsis 367.

Cystitis, Treatment of tubercular and nontubercular, in the female 10.

D.

Dammriß, über den 120.

Dammrisse 119.

Dammrisse, späte Naht frischer 128.

Dammschutz 122 und 461.

Decapsulatio renum nach Edebohls in der Behandlung der Eklampsie 506.

Deciduoma malignum, a case of 161.

Deflexionslagenhabitus und Deflexionslagenkopfform bei Beckenendlagen 118.

Degeneration der Gebärmutter, über die fettige, bei Schwangerschaft 174.

Dementia epileptica der Kinder und des Jünglingsalters 132.

Dementia paralytica, zwei Fälle von, mit Schwangerschaft und Geburt 228.

Depressor vaginae nach F a n ö e 261.

Dezidualpolyp, solitärer, am normalen Ende der Schwangerschaft 491.

Diagnosis, Cases illustrating common mistakes in gynecological 351.

Diagnose der nicht puerperalen Beckeninfektion 538.

Diätetisch-arzneiliche Neuerungen 152.

Diät-Vorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art 516.

Differentialdiagnose der gedrehten kystischen Tumoren der weiblichen Genitalorgane gegenüber Appendizitis 214.

Difficile est Satyram non scribere 286.

Dilatation of the Cervix, an aid to complete 311, 312.

Diphtherietoxin, Versuche mit 423.

Diuretindiurese 425.

Doppelscheidenspiegel gleichzeitig zum Saugen und Spülen 451.

Dränage in der Gynäkologie 11.

Drillinge, eineiige Drillingsgeburten mit besonderer Berücksichtigung ein-eiiger 273.

Drillingsschicksal 194.

Duodenum, kongenitale Stenose des 419.

Dysmenorrhöe, die Behandlung der, und der Uterusblutungen 497.

Dysmenorrhöe bei jugendlichen Individuen 00.

Dysmenorrhöe, zur Behandlung der 21, 89.

Dysmenorrhöe, die tuberkulöse Ätiologie der, und ihre Behandlung mit Spen-
ger's Tuberkulinpräparaten 258.

Dysmenorrhöe, zur Behandlung der,
von den Brustdrüsen aus 57, 164.

Dysmenorrhöa membranacea 446.

Dystocia from ventral fixation 348.

E.

Echinococcus cyst of the liver; operation
and recovery 212.

Ectopic pregnancy, the treatment of 226
Eierstock und Brustdrüse 223.

Eierstockepitheliome, kystische 353.

Eierstockimplantation 259.

Eierstockskysten, die Massage der 501.

Eihautretention 415.

Eihautretention, über die Bedeutung
der, und die passende Methode zur
vollständigen Entfernung derselben
278.

Eileiter: Über Duplicitas tubae Fallopii
und ihre entwicklungsgeschichtliche
Genese 7.

Einwanderung einer bei einer Lapara-
tomie vergessenen Arterienklemme
in die Blase 162.

Eisenhand in Gummihandschuh 45.

Eischwund, über intrauterinen 123.

Eisenverbindung, über eine neue Arsen
und Phosphor enthaltende 305.

Eklampsie, Nierendekapsulation bei 277.

Eklampsie und Nierenaushülung oder
Nierenschnitt 222.

Eklampsie, die Behandlung der 172.

Eklampsie und Parathyreoidin 129.

Eklampsie, Beitrag zur Behandlung der,
im Wochenbett nach Bumm 172.

Eklampsie infolge von erhöhter intra-
renaler Spannung 229.

Eklampsie, puerperale 169, 170.

Ektopische Gravidität 160.

Endometrium, histologische Verände-
rungen am, beim Menstrualzyklus 352.

Enteritis follicularis bei Kindern, Beitrag
zur Behandlung der 465.

Emphysem, das Vorkommen von sub-
kutanem, bei der Geburt 00.

Emphysem, kasuistischer Beitrag zum
subkutanen, bei der Geburt 388.

Emphysema, subcutaneus, following
exploratory puncture of the chest,
with report of cases 458.

Endometritis 331.

Endometritisbehandlung 261.

Endometritis, zur Behandlung der
chronischen 307.

Epitheliome, die kystischen, des Eier-
stocks 353.

Erblichkeit und Alkoholismus 358.

Erbrechen, unstillbares 192.

Ergänzungssteuer- (Vermögenssteuer-)
Gesetz, das neue Preussische 185.

Ernährungsweise der Säuglinge 46.

Erstgeburt, der pathologische Aspekt
der 415.

Erweiterung, die bleibende, des engen
Beckens 464.

Eubornyl 543.

Extractum Digitalis depuratum, Ge-
sichtspunkte für die Einführung der
450.

Extraktion nach Müller 508.

Extraktion nach Müller, zur Kritik
der 352.

Extra-uterine pregnancy 227.

Extrauterinschwangerschaft 85, 274.

Extrauteringravidität mit spezieller Be-
rücksichtigung der Behandlung der
Tubenruptur 170.

Eversion der Tube bei tubarem Abort
215.

F.

Fadenmaterial, dauernd steriles 61.

Faszienschnitt, 50 Fälle von supra-
symphysärem, nach Pfannen-
stiel 305.

Federkürette zur Vermeidung der Per-
foratio uteri 361.

Fehlgeburten, über 24.

Fibrome des Ligamentum latum, über
das Verfahren bei umfangreichen 217.

Fibrome des Uterus, subperitoneale,
mit Stieltorsion 260.

Fibromiomi uterini, per lo studio dei,
complicanti la gravidanza ed il parto
313.

Fibromyome und Schwangerschaft 455.

Fibrosarkom, über ein aus dem lateralen Teil des Ovariums hervorgegangenes 398.

Fingerkürette zur Entfernung von Abortusresten 303.

Fistula between the fundus of the uterus and the upper portion of the intestine 393.

Fistula, vesico-uterine 441.

Fleischsaft, der Nutzwert des 88.

Flexionen und Versionen des Uterus 161.

Follikelreifung und Ovulation in der Schwangerschaft 455.

Foramen „interventrikuläre“ (Monroi) 368.

Formicin, ein neues Händedesinficiens 488.

Frau d. arbeitenden Klasse, über die der, vor und nach der Geburt zu gewährende Hilfe in Hinsicht auf die Prophylaxe, die Hygiene und die Hilfeleistung selbst 00.

Frau, die 518.

Frauenarzt, der 35.

Frauen, an unsere 518.

Frauenfrage, zur 426.

Frauenmilch, hämolysiert die ? 13.

— Unterschied in der Zusammensetzung 562.

— ihr hämotytisches Komplement 563.

Freiheit oder gesundheitliche Überwachung der Gewerbebeunzucht 37.

Frühgeburt und Zucker 33.

Fulguration, über die Behandlung des Karzinoms mittels, durch Dr. de Keating Hart 493.

Fulguration, die Behandlung des Krebses mittels der 493.

G.

Gallensteine 454.

Garrigues, eine Würdigung des Joh. Henry, d., die Asepsis in die Geburtshilfe eingeführt zu haben 169.

Gastroenteritis, die Behandlung der, bei kleinen Kindern durch das Trockenverfahren 281.

Gaudanin 129.

Gebärmutterausschabung, die Indikationen für die therapeutische 165.

Gebärmuttervorfal bei Nulliparen 465.

Gebärmutter siehe auch Uterus

Gebirge und Gesundheit 473.

Geburt, schwierige, 377.

Geburt eines ungewöhnlich großen Kindes unter ungewöhnlichen Umständen 462.

Geburt, die künstliche, mittels der schnellen mechanischen Erweiterung des Uterushalses und die mechanischen Dilatatoren 314.

Geburt ohne Blutverlust, ein Fall von 275.

Geburten bei Gebärmuttermyomen 123.

Geburtserleichterung 557.

Geburtshehmnis bei Zwillingsgeburt durch Eintreten beider Köpfe ins Becken 176.

Geburtshilfe, die gegenwärtigen Wandlungen in der operativen 356.

Geburtshilfe, kostenlose in Mailand 552.

Geburtshilfe, Vorlesungen über allgemeine 328.

Geburtshilfe, die operative Ära der 357.

Geburtshilff. Operationskurs, Einleitung in den 552.

Geburtswehen, über schmerzlose 23.

Gefrierdurchschnitt (Schulterlage) 468.

Gelenkkrankheiten, über Beziehungen von, zur klimakterischen Lebens-epoche 310.

Gemüsesuppe, Reiswasser und Wasserdiet 484.

Genitaltuberkulose des Weibes, über einige seltene Formen der 218.

Geschlechtsfunktionen, über den Einfluß der, auf die weibliche Kriminalität 184.

Geschlechtskrankheiten und Ehe 393.

Geschlechtsorgane, die Erkrankungen der weiblichen 373.

Gesichtslage, über 69.

Gesichtslagenbehandlung 276.

Gesichtslage, ein seltener Fall von 559.

Ginecologia moderna 326.

Glottisödem bei Kindern 143.

Gonococcus in disease, the role of 256.

Gonorrhöe, ein Beitrag zur internen Arhovinbehandlung bei der akuten und chronischen 353.

Gonorrhöefolgen 355.

Gonorrhoeische Infektion bei der Frau 300.
 Gonorrhoeische Infektion bei der Frau, die medizinische Behandlung der 354.
 Goldkorn 425.
 Gonorrhöebehandlung 498.
 Gonosan 111.
 Gravidität und Geburten bei Herzkran-
 kenen mit 8 kasuistischen Fällen 228.
 Graviditas extra-uterina mit lebender
 ausgetragener Frucht 414.
 Graviditas extramembranacea 559.
 Großstadt-Dokumente. Uneheliche
 Mütter 40.
 Gummihandschuhe, ein Ersatz für 22.
 Gynäkologie, die Beobachtung in der 14.
 Gynäkologie, kritische Bemerkungen
 eines Chirurgen über 8.
 Gynäkologie in der allgemeinen Praxis
 223.
 Gynäkologische Erkrankungen, das
 Blutungs-, Schmerz- und Altersbild
 der 506.

H.

Hageen 308.
 Handbuch der Gynäkologie 134.
 Hebammen-Kalender für das Jahr 1908,
 österreichischer 82.
 Hebamme, über die soziale Rolle der,
 in der jetzigen Gesellschaft 406.
 Hämatokele seltenen Ursprungs ohne
 Eiterung, mit spontanem Durchbruch
 in die Scheide 213.
 Hämatoma vulvae als Geburtshindernis
 275.
 Hämaturien der Schwangerschaft 173.
 Hämorrhoiden, die Behandlung der,
 bei Kindern vermittle der Massage
 128.
 Hebammenlehrbuch von Dr. Paul
 Mathes 371.
 Hebosteotomie, Gehstörung nach 553.
 Hebosteotomie, zur Hernienbildung
 nach 232.
 Hebosteotomie, experimenteller Bei-
 trag zum Studium der dauernden
 Beckenerweiterung nach 232.
 Hebosteotomie, über die Behandlung
 der Nebenverletzungen bei der 279
 Hebosteotomiefrage, Beitrag zur 73.
 Hebomie 554.
 Hebomiespalt, über die Entstehung
 von Hernien im 31.
 Hebosteotomiewunde, zur Frage der
 Heilung der 324.
 Hebosteotomie und die künstlichen
 Frühgeburten im Privathause 507.
 Hefetherapie der Kolpitis 269.
 Hemothorax. A case. Infant five mouths
 old. Aspiration. Recovery 456.
 Hermaphroditismus, Fall von 476.
 Hernia umbilicalis der Kinder. Pro-
 phylaxe und orthopädische Therapie
 515.
 Herzgeräusche, akzidentelle, bei
 Schwangeren 455.
 Herzkrankheiten 284.
 Herzkrankheiten, Hauskuren bei chro-
 nischen 375.
 Hydramnion, das akute primäre 116.
 Hydrokephalus 553.
 Hydrorrhöa uteri gravidam amnialis,
 zwei Fälle von 510.
 Hydrorrhöa uteri gravidam und exo-
 chorialis Fruchtentwicklung, Beitrag
 zur Lehre von der 32.
 Hydrorrhoea zervikalis aus den Mal-
 pighi-Gärtner'schen Kanä-
 len nach abdominellem Kaiser-
 schnitt mit subtotaler Uterusexstir-
 pation 495.
 Hymen: anatomically medicolegally
 and historically considered 394.
 Hymen, drei Fälle von Erhaltung des
 mehrere Jahre nach der Verheirathung
 und Schwangerschaft in derselben
 Familie 338.
 Hyperemesis gravidarum 517.
 Hyperemesis gravidarum, zur Ätiologie
 der 271.
 Hypnotismus 36.
 Hypospadias vulviformis (Dugés), ein
 Fall von 211.
 Hysterektomie mit totalem Becken-
 evident wegen Zervixepitheliom;
 Heilung 400.
 Hysterektomie, frühzeitige, wegen Ge-
 bärmutterkrebs 285.
 Hysteroskopie 545.

I. J.

- Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität 472.
 Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiß 574.
 Infantiler Uterus und Würdigung seiner klinischen Bedeutung 490.
 Infektion, die gonorrhoeische, bei der Frau 434.
 Influenza-Meningitis 478.
 Innere Krankheiten der Schwangeren und die Indikationen zur Einleitung des Aborts 520.
 Instillation, die rektale, mit Natrium-saccharat-Kochsalzlösungen 447.
 Inversio uterina 504.
 Inversio uteri puerperalis inveterata, zur operativen Behandlung der 232.
 Jod-Chloroform, ein neues Hämostatikum 12.
 Jodine catgut, the use of, in abdominal surgery 9
 Jodival 488.
 Jothion, über die Wirkung und Anwendungsweise des, in der Gynäkologie 309.
 Jothion als Hautdesinfizienz bei Operationen 488.
 Iritis und Iridozyklitis, Heilung der, sowie der Blennorrhoea neonatorum 237.
 Irrenwesen, das heutige 41.
 Ischias, Behandlung der, mit Beta-Eukaininjektion 304.
 Jüdische Ärzte und ihr Einfluß auf das Judentum 183.

K.

- Kaiserschnitt, extraperitonealer, 465.
 Kaiserschnitt, über extraperitonealen 229.
 Kaiserschnitt, für den extraperitonealen 363.
 Kaiserschnitt, ein Fall von zervikalem 364.
 Kaiserschnitt, zur Indikation und Technik des zervikalen 362.
 Kaiserschnitt, der vaginale, in der Praxis 463.
 Kaiserschnitt, vagin., bei Eklampsie 362.
 Kaiserschnitt nach Porro 558.
 Kaiserschnitt, Beitrag zur Kasuistik des vaginalen, bei Eklampsie, Placenta praevia und Karzinom des schwangeren Uterus 170.
 Kaiserschnitt, ein Fall von wiederholtem bei Ruptur der Uterusnarbe 32.
 Kaiserschnitt wegen Placenta praevia und Beckenenge 361.
 Kaiserschnitt, der kreisende Uterus als Bauchinhalt bei Bauchbruch nach konservativem, Kaiserschnitt nach Porro 464.
 Kaiserschnitt, der „extraperitoneale“ und der „suprasympphysäre“ 507.
 Kaiserschnitt wegen Gebärmöglichkeit infolge doppelseitigen Ovarialkarzinoms 323.
 Kaiserschnitt, eine seltene Indikation zum, und einige Bemerkungen über Fritsch's Operationsmethode 362.
 Kaiserschnitt: Vingt opérations césariennes pratiquées à l'hôpital Lariboisière 31.
 Kalichloricum-Vergiftung 422.
 Kalorienwert der zubereiteten Milch im Verhältnis zur Säuglingsernährung 421.
 Kautschuk-Heftpflaster 57.
 Kernig's sign in infancy. A study of two thousand cases 511.
 Kernikterus der Neugeborenen 280, 565.
 Kindbettfieber, Ursache, Verhütung und Behandlung des 135.
 Kindbettfieber, die Ursachen des, und ihre Entdeckung durch J. Ph. Semmelweis 183.
 Kinderdiarrhöe 484.
 Kindercholera, welches ist die beste Behandlung der? 000.
 Kinderforschung, Referatenübersicht aus der Zeitschrift für 513.
 Kinesitherapie, Anzeigen und Gegenanzeigen der, in der Gynäkologie. (Thure Brandt'sche Massage) 265.
 Klima und Gesundheit 42.
 Klimax 310.
 Klinkhardt's Monatshefte für ärztliche Taschenbuchführung 189.
 Knochen, wie verschaffen wir unseren Kindern gesunde, und erhöhen da-

durch die Widerstandskraft des Körpers gegen Krankheit? 285.
 Kochsalzentziehung beim Schwangerschaftshydrops 272.
 Köliotomie, über Technik, Indikation und Grenzen der vorderen vaginalen 55.
 Köliotomien, versenkte Silknäht der Faszie bei abdominalen 9.
 Kohabitationshindernis infolge von Hymenalkyste und Vaginismus. Konzeption trotz fehlender Defloration 215.
 Kollargol 30, 560.
 Kolpektomie nach Peter Müller 304.
 Kolpitis und Hefe 269.
 Kolpo-hysterektomie, über die vagino-abdominale 220.
 Komplementverbindungsvermögen des Serums von Müttern hereditär-luetischer Säuglinge 423.
 Konzipieren, dürfen kranke Frauen? 101.
 Kotarnin-phthalat als uterines Hämostatikum 270.
 Kostkinderwesen und Säuglingssterblichkeit in Mecklenburg-Schwerin 235.
 Kraurosis 404.
 Krebs, klinischer Beitrag zum Kampfe gegen den 396.
 Kürze der Operationsdauer 159.
 Kysten in der Mamma 332.
 Kysten, gutartige und bösartige, der weiblichen Brust 103.

L.

Lactokonien, die in der Tiermilch vorkommenden Ultrateilchen 424.
 Lactor, Dr. Hey's 141.
 Lähmungen, zur Ätiologie von, im Gebiete des Plexus brachialis bei Operationen in Beckenhochlagerungen und ihre Verhütung 262.
 Lappenplastik, eine neue, bei Vesikovaginalfisteln 301.
 Laufkur 333, 381.
 Lebendgeburt, Nachweis der 4.
 Lebensfähigkeit Neugeborener bei sehr großen inoperablen Nabelschnurbrüchen 451.

Lehrbuch der Körper- und Gesundheitslehre 566.
 Lehrbuch der spez. Diagn. u. Ther. der Tuberkulose 567.
 Leibbinde, eine neue 498.
 Leibschnitt, die Einschränkung des, durch vaginale Operationsmethoden 319.
 Leichenstarre, ein Fall von intrauteriner 127.
 Leitfaden der ärztlichen Untersuchung 130.
 Licht als Desinfiziens 269.
 Ligamentopexie bei großen Genitalprolapsen 301.
 Lippsprünge und die Heilstätten. Ein neues Programm 520.
 Luftembolie bei Armlösung 72.
 Luftzuführung bei erschwertem Durchschnit des nachfolgenden Kopfes 178.
 Lumbalanästhesie bei gynäkologischer Operation 212.
 Lumbalanästhesie, 150 gynäkologische Fälle operiert unter, mit Tropakokain 491.
 Lysolvergiftung durch Uterusspülung 447.

M.

Magen, neue Methode zur Funktionsprüfung des 550.
 Magendarmverblutungen, über rezidivierende abundante, im letzten Monat der Schwangerschaft 315.
 Magendarmkatarrh kleiner Kinder 240.
 Malformation, an unusual, of the Cranial Bones 312.
 Masern, ein den Koplik'schen Flecken analoges Frühsymptom der, an der Caruncula lacrymalis 424.
 Massage, Technik der 83.
 Massensuggestion und psychische Massenepidemien 327.
 Mastdarm-Scheidenfisteln, eine neue Modifikation in der operativen Behandlung einiger 349.
 Mastitis cystica chronica 198, 345.
 Medizinische Behandlung in der Gynäkologie 52.
 Meläna spuria 131.
 Meningitis 159.

- Meningokokkenhydrozephalus 478, 511.
 Menorrhagien 239.
 Mensch, der, ein Vierfüßler 470.
 Menstruatio praecox 550.
 Menstruation eine Infektion 519.
 Menstruation ohne Ovarien 20.
 Mergal und Syphilis 545.
 Merkblätter, 25, für die Pflege und Behandlung von Kindern in gesunden und kranken Tagen 472.
 Messungen des Kindes in utero mit neuen Methoden 116.
 Meteorismus nach Geburten 318.
 Methylenblau als Topikum für Brustwarzen 129.
 Metritisbehandlung nach Bier 214.
 Metrorrhagia syphilitica 62.
 Metrorrhagia, Some experiences relative to the causation and treatment of certain formes of 394.
 Milk, the caloric value of modified 512.
 Mikrokephalus und Enkephalokele mit chemischer Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit 27.
 Milchflaschenwärme, automatische 421.
 Milchkontrolle 47.
 Milchprotoide, Kenntnis der 420.
 Milchsekretion, über den Einfluß der Ernährung auf die 122.
 Mißbildungen mit Störungen des Körperverschlusses 7.
 Mißbildungen und Entstellungen im Gesicht und an den Kiefern des Foetus im Uterus oder bei der Geburt 436.
 Mißverhältnisse zwischen Kopf und Becken 554.
 — Behandlung derselben 554.
 Mitralinsuffizienz 418.
 Mittelhochlagerung und die Staffeltamponade 444.
 Monotal 88.
 Morphin-Skopolamin-Narkose in der Geburtshilfe, 100 Fälle von 357.
 Mutterkornpräparate 245.
 Muttermilch, Ernährung mit abgesetzener 468.
 Myofibroma complicating pregnancy, hysterectomy 170.
 Myomblutungen, die Ursache der 58.
 Myomektomie, abdominale, während der Schwangerschaft 330.
 Myxedema (with report of a case) 467.

N.

- Nabelschnur, intrauterine Zerreißung der 24.
 Nabelschnur, Kürze der 24.
 Nabelschnurbrüche 451.
 Nabelschnurbrüche, zur Kasuistik der angeborenen 179.
 Nachblutung, atypische 562.
 Nephrocolopexie 212.
 Nephrotomie 355.
 Nierenabszeß 355.
 Nierenaushülsung oder Nierenspaltung bei Eklampsie 222.
 Nierenabszeß nach Gonorrhöe; Nephrotomie, Heilung 355.
 Nierendekapsulation bei puerperaler Eklampsie 321.
 Nierendekapsulation bei puerperaler Eklampsie 318.
 Notizbuch, aus dem, eines Berliner Frauenarztes 472.
 Nymphomania as a cause of excessive venery 161.

O.

- Oberarmbrüche Neugeborener, zur Behandlung der 467.
 Obstetrics, recent advances in 355.
 Obstipation, zur Behandlung der 531.
 Ocular symptoms and diseases accompanying adenoids 417.
 Odda, M. R., zwei Ausnutzungsversuche mit 136 u. 500.
 Odda M. R., die therapeutische Anwendung der 81.
 Ödeme beim Neugeborenen und beim Säuglinge 132.
 Oophorin, Beitrag zur Behandlung mit 497.
 Operating-Room, some Improvements in, Construction at the Lying-in Hospital and an ingenious Method of Securing Additional Floor Space 312.
 Ophthalmia neonatorum, die moderne Behandlung der 416.
 Ophthalmie, zur Kasuistik der metastatischen, im Puerperium 174.

Ophthalmoblennorrhoea gonorrhoea, kann man die Zahl der Erkrankungen an, verringern? 315.
 Ophthalmoblennorrhoe des Neugeborenen, über intra-uterin erworbene 415.
 Ophthalmoreaktion, über die relative Unschädlichkeit der 418.
 Osteomalakie und Adrenalin 269.
 Osteomalakie, über die Behandlung der, mit Nebennierenpräparaten 130.
 Ova, über die Zahl der, im Graaf'schen Follikel 19.
 Ovarialantikörper und Osteomalakie 496
 Ovarialkysten, die großen 107.
 Ovarialkysten, Spontanruptur 536.
 Ovarialsarkom während der Geburt 276.
 Ovarialtumoren und Gravidität 558.
 Ovarialveränderungen, seltene: Ovarium gyratum und Adenofibroma intracanaliculare ovarii 15.
 Ovarienerhaltung 541.
 Ovarien, Keimplantationen der 541.
 Ovarientransplantation 5.
 Ovariorum, degeneratio polycystica, luteinalis 157.
 Ovariectomie, Bemerkungen zur konservativen 157.
 Ovariectomien, vaginale, in graviditate
 Ovariectomy, intrapartum vaginal, for ovarian cyst obstructing labour 356.
 Ovary, an unusually large dermoid tumor of the 211.
 Ovulation 455.

P.

Pankreatin bei Karzinom 111.
 Parametritis, zur operativen Behandlung der eitrigen 221.
 Parathyreoidin 129.
 Paré's Gynäkologie und Geburtshilfe 98, 154.
 Parisol 87.
 Pelvic symptoms in women, a consideration of neurasthenia in its relation to 349.
 Pelvioplastik, weiteres über 320.
 Perforationsfrage, zur 360.
 Peritonitis vor und nach d. Geburt 561.
 Perityphlitis und Schwangerschaft 227.

Pessartherapie, die Erfolge der, in der gynäkologischen Praxis 65.
 Phlegmasia alba dolens puerpérale, Pathogenie de la 74.
 Phlebosklerosis bei Kindern 511.
 Photographische Registrierung der foetalen Herztöne 414.
 Physikalische Therapie der Erkrankungen der weiblichen Sexual-Organen 168.
 Placenta, a Study of forty-seven cases of premature Separation of the 311.
 Placental site, Normally there should be no hemorrhage from the, at the time of delivery 366.
 Placenta marginata, über die Entstehung der, und circumvallata im Hinblick auf die Arbeiten von Liepmann und Krömer 273.
 Placenta praevia. Puerperalfieber. Einspritzung von Antistreptokokkenserum. Heilung 27.
 Placenta circumvallata, sowie ihre klinische Bedeutung, zur Entwicklungsmechanik der 505.
 Plattenepithel im Uterus von Kindern 131.
 Plazentadurchschläfrigkeit für Typhusbazillen 539.
 Plazenta praevia, über Behandlung der durch vaginalen Kaiserschnitt 319.
 Plazenta prävia, über Gefahren und Behandlung der 28.
 Polemisches 344.
 Poliomyelitis, Expedemic anterior, in Philadelphia, with an analysis of cases occurring in the post four and a quarter years at the childrens hospital 511.
 Polyurie bei Kindern, die Behandlung der 515.
 Populär-Psychiatrie des Sokrates redivivus 41.
 Postoperative complications involving the alimentary tract 8.
 Postoperative thrombosis and embolism 9.
 Praxis, aus der 91.
 Pregnancy, the diagnosis of early 355.
 Pregnancy, Concerning Clinical Pathology in, as an aid to the Clinician 312.

Pregnancy and Labor, Tumors of ovary complicating 311.

Prolapsbehandlung 301.

Prolapsoperationen, zur Statistik der 64.

Prolapsus urethrae bei gleichzeitigem Totalprolaps des Uterus 63.

Prolapsus uteri, Gehirnhämorrhagie infolge von 16.

Pruritus vulvae und Menopause 87.

Pruritus vulvae, sein Zusammenhang mit der Kraurosis und seine Behandlung 104.

Pseudomasturbation bei Kindern 419.

Pseudohermaphroditismus (weiblicher) Bericht über zwei Fälle von 440.

Psychiatrie 369.

Psychoneurosen der Frau 189.

Pubotomie, zur Indikationsstellung bei der 366.

Pubotomie, ein Fall von 316.

Pubotomie, weitere Erfahrungen mit der 231.

Pubotomiewunde, Experimente über die Staubbehandlung der infizierten 230.

Puerperalita, Dell'influenza reciproca delle infiammazione pelviche e degli stati di 408.

Puerperium, Care of the patient in the 234.

Puerperium, Management of the, from a surgical standpoint 233.

Puerperium, treatment of the 234.

Puerperale Sepsis 159.

Puerperale Infektion, zwei Fälle von, vermittelt intravenösen Injektionen von Kollargol behandelt 30.

Puerperalfieber, Behandlung des, 521.

Puerperalfieber 314.

Puerperalfieber, ätiologisches vom 559.

Puerperalfieber, Sonnenbehandlung der 560.

Puerperalfieber, über die Verhütung des, und den Erfolg der Behandlung desselben mit dem Aronson'schen Antistreptokokkenserum.

Pyämie, ein Fall von puerperaler, geheilt durch Unterbindung der Beckenvenen 510.

Pyelitis in Schwangerschaft und Wochenbett 556.

Puls bei der Phlegmasia dolens alba puerperalis 411.

Puls bei schwangeren Frauen mit sogenanntem unstillbaren Erbrechen 412.

Pyosalpinx 159.

Pyosalpinx mit Öffnung der Blase 494.

Q.

Queen Charlotte's Lying-In Hospital, Bericht aus dem 359.

Quellstifte, ein Vorschlag zur Erleichterung der Entfernung von, aus dem Zervikalkanale 445.

Querdurchmesser, zur Schätzung des, kindlichen Kopfes in der Schwangerschaft 70.

Querlage und Uterusruptur 414.

Querlagen, über verschleppte, und die Dekapitation 233.

Querschnitt, Pfannenstielscher 262.

Querstand, zum hohen, der Gesichtslage und ihrer Behandlung mittels hoher Zange 463.

R.

Rachistovainisation. L'anesthésie totale au moyen de la rachistovainisation 59.

Rachitis, über die Prophylaxe der Beckendifformitäten infolge von 221.

Rachitis als eine auf Alkoholisation und Produktionserschöpfung beruhende Entwicklungsanomalie der Binde-substanzen 137.

Radiotherapie 84.

Rectocele, high, after perineal repair 349.

Regulin, die Behandlung der habituellen Verstopfung mit 205.

Retroflexio uteri puerperalis, zur Ätiologie der 264, 548.

Retroversion des graviden Uterus, Behandlung 530.

Retroversion, kongenitale, des Uterus und Schwangerschaft 124.

Riesenfrucht mit Hydrokephalus, allgemeinem Ödem und Spina bifida 100.

Riesenwuchs, ein Fall von angeborenem, des linken Beines 356.

Rippenresektion 566.

Röntgentherapie, neues Dosimeter für die 522.

Rohrzucker, Beziehung des, zu einigen

Kinderkrankheiten 421.
 Rückenmarksanästhesie, die Asepsis
 der 2.
 Rückwärtslagerung der Gebärmutter
 124.
 Ruhebehandlung bei Chorea 479.
 Ruptur, komplette, der schwangeren
 Gebärmutter 322.

S.

Säuglingsernährung, Geschichte der
 Methodik der künstlichen 474.
 Säuglingsnahrung, prozentuale 420.
 Säuglingsnahrung, Notwendigkeit einer
 größeren Genauigkeit beim Ver-
 schreiben von Stärke als 421.
 Säuglingssterblichkeit und Kostkinder-
 wesen in Mecklenburg-Schwerin 317.
 Salpingitis und Tuberschwan-
 gerschaften 537.
 Salpingitisbehandlung 160.
 Salzwasser, Gebrauch und Mißbrauch
 542.
 Sanitätsmilch von tuberkulosefreien
 Kühen, rohtrinkbare 38.
 Santyl als Antigonorrhoeum 446.
 Santyl bei blennorrhagischer Ure-
 thritis 402.
 Santyl, die Behandlung des Harndrangs
 bei den verschiedenen gynäkolo-
 gischen Affektionen mit 306.
 Santyl in der Behandlung der Go-
 norrhöe 110.
 Sarkom: Zur Kenntnis der traubigen
 Schleimhautsarkome der weiblichen
 Genitalien im Kindesalter 351.
 Saugbehandlung in der Gynäkologie.
 Die Saugmassage 57.
 Schamlippen anomalie 552.
 Scharlach mit Herzerkrankungen 160.
 Scharlach, ein zuverlässiges Mittel
 gegen 187.
 Scheide, die Operation der Verschließung
 der 257.
 Scheidendesinfektion 292.
 Scheidenspülung, prophylaktische und
 Adstringentien 304.
 Scheidenspültrichter (mit einfachem
 Rohr auch für jede Art Klistiere
 zweckmäßig, namentlich für Bleibe-
 klistier) 302.

Scheidenverletzung, hervorgerufen
 durch Beischlaf 15.
 Scheidenvarixblutung in der Schwanger-
 schaft 272.
 Schlaflosigkeit, über Behandlung der
 396.
 Schlaflosigkeit, einige Winke zur Be-
 handlung der nervösen 447.
 Schönheitspflege 38.
 Schule, warum kommen die Kinder in
 der, nicht vorwärts? 39.
 Schulärztliche Erfahrungen 282.
 Schulterlage, verschleppte, mit Vorfall
 der linken oberen Extremität. Riß
 des unteren Uterinsegmentes. Wen-
 dung, Heilung 229.
 Schwangerschaft und Geburt 189.
 Schwangerschaft in der Tube und Sal-
 pingitis 537.
 Schwangerschaft am unrechten Orte
 555, 556.
 Schwangerschaft und Infektion der
 oberen Harnwege 555.
 Schwangerschaft, extrauterine abdo-
 minale 453.
 Schwangerschaft, über gleichzeitige,
 innerhalb und außerhalb der Gebär-
 mütter 413.
 Schwangerschaft im rudimentären oder
 atretischen Nebenhorn des Uterus
 bicornis unicollis 74.
 Schwangerschaft, kompliziert durch ein
 großes retroperitoneales und subli-
 gamentöses Fibromyom 330.
 Schwangerschaftserbrechen 87.
 Schwangerschaftsalbuminurie 557.
 Schwangerschaft und Fibromyome 455.
 Schwangerschaftsunterbrechung bei
 Geisteskranken, über die Indikationen
 für eine künstliche 34.
 — durch vorzeitige Lösung der Plazenta
 557.
 Schwangerschaftszeit, einige Unter-
 suchungen zur Feststellung der 504.
 Schwefelpräparat „Thiopinol“ (Matzka),
 über ein lösliches, und die Thiopinol-
 seife 13.
 Schweiß, über hysterische 126.
 Scopolamine-morphine anesthesia in
 gynecologie 350.
 Skopolamin-Morphiumnarkose 491.

Sectio caesarea cervicalis 363.
 Sectio caesarea vaginalis, ein Fall von,
 auf Grund einer seltenen Indikation
 324.
 Sectio caesarea siehe auch Kaiserschnitt.
 Selbstmorde und Selbstmordversuche
 von Schülern und Hochschülern in
 Rußland 514.
 Selbststillen der Mütter 48.
 Serumbehandlung des Puerperalfiebers
 571.
 Sigmoiditis, phlegmonous. Resection.
 recovery 351.
 Simon's Spatel als selbsthaltendes
 Spekulum 225.
 Sirenenmißbildung 535.
 Skopolamin-Dämmerschlaf und Spinal-
 anästhesie bei gynäkologischer Ope-
 ration 169.
 Skrofulose, über die Beziehungen der,
 zur Tuberkulose 35.
 Somatose, über die Verwendung der
 flüssigen, bei Wöchnerinnen 130.
 Sozialhygienischer Rückblick und Aus-
 blick 1906/07. Unsere Volksver-
 tretung 40.
 Späthämorrhagien 118.
 Spirochaete pallida, der Nachweis der,
 bei kongenitaler Syphilis 465.
 Staffeltamponade 444.
 Statistisch-sanitäre Notizen 551.
 Steißzange 74.
 Sterblichkeit, die mütterliche, bei den
 ersten 5000 geburtshilflichen Fällen
 des Johns Hopkins hospitals 322.
 Sterilität des Weibes 56.
 Stieltorsion 260.
 Stillfähigkeitsfrage 565.
 Stillpraxis 563.
 Stryptokokken. hämolytische 539.
 Stuhlverstopfung, die andauernde, ge-
 wohnheitsmäßige 284.
 Sturzburt mit Verletzung der Vulva
 24.
 Stypticin 547.
 Styptol bei Uterusblutungen 167, 168.
 Suprarenin: Über Erfahrungen bei der
 Verwendung synthetischen Supra-
 renins in der Lokalanästhesie 112.
 Suprarenin, Experimentelles zur An-
 wendung des, in der Geburtshilfe 25.

Syphilisbehandlung 549.
 Syphilis und Morgall 545.

T.

Taschenbuch der Therapie 186.
 Temperatur der Säuglinge 78.
 Tetanus neonatorum complicated by
 pneumonia 418.
 Teplitz-Schönau als Heilbad für Frauen-
 leiden 43.
 Thiopinol 286.
 Thiopinolsitzbäder 46.
 Thiopinol (Matzka), ein neues lösliches
 Schwefelpräparat, seine Anwendungs-
 formen und Indikationen in der
 Gynäkologie 113.
 Thrombose, prämonitorische Symptome
 der 561.
 Thrombosis obliterating the ovarian
 artery 441.
 Tod, über den 473.
 Tonsils and tuberculous infection 510.
 Torsion, die chronische, und die unvoll-
 ständige Torsion des Annexstieles 166.
 Torsion, Intra abdominal of the omentum
 without hernia 00.
 Traction, the use of, in the treatment
 of hip-joint disease in children 513.
 Transplantation des Scheidenepithels
 551.
 Trokarkatheter zur infrasympophysären
 Blasendrainage 10.
 Tubargravidität, über die interstitielle,
 auf Grund von drei selbst beobach-
 teten Fällen 13.
 Tubenkarzinom, zur Kenntnis des pri-
 mären 492.
 Tubenschwangerschaft, ein Fall von
 interstitieller. Perforation durch die
 Uterus- und Tubensondierung 125.
 Tubercolin-reazione come mezzo di
 diagnosi della tubercolosi genitale
 primitiva 394.
 Tuberkulose, die vulväre 109.
 Tuberkulose, Lehrbuch der spezifischen
 Diagnostik und Therapie der 329.
 Tuberkulose des inneren weiblichen
 Genitals 395.
 Tuberculose, Rapport de la, laryngée
 et de la grossesse 226.

Tuberkulose, die moderne Arzneibehandlung der 219.
Typhus im 1. Lebensjahre 417.

U.

Unfallversicherungsgesetze, notwendige Reformen der 81.
Universaloperations- u. Untersuchungs-
tisch 386.
Unterbrechung, zur Frage der künstlichen Schwangerschaft bei inneren und Geisteskrankheiten.
Unterbrechung der Schwangerschaft, welche Anforderungen sind an eine korrekte Methode der künstlichen, zu stellen? 33.
Unterbrechung der Schwangerschaft, Diabetes mellitus in graviditate als Indikation zur 414.
Untersuchung, ein Beitrag zur gynäkologischen, durch die Scheide 257.
Untersuchungsregeln, allgemeine, 141.
Untersuchung und Massage unter Wasser in der Gynäkologie und Geburtshilfe 525.
Umbilical Stump, Management of the 311.
Urethra, primärer Krebs der, bei der Frau 401.
Urologica, Folia 374.
Uterus: Ein Beitrag zur Frage der Entstehung des Plattenepithelkarzinoms der Schleimhautoberfläche des Uterus auf Grundlage einer sogenannten Psoriasis uteri 106.
Uterus bicornis, über eine Steißgeburt am Ende der Schwangerschaft 320.
Uterus-Blutungen 546.
Uterusblutungen, Behandlung der, ohne Operation 546.
Uterus, der schneckenförmige 549.
Uterus, über das Epithel im geschlechtsreifen 303.
Uterusbauchdeckenfistel, die Entbindung durch die 364.
Uterusexstirpation, zur Wirkung der, auf die Keimdrüse 19.
Uterusfibrom, Operationen wegen 216.
Uterine hemorrhages, the influence of the central nervous system in the causation of 349.

Uteruskrebs: Primary squamous-celled carcinoma of the body of the uterus 161.

Uterusperforation 163.

Uterusperforation, über instrumentelle 221.

Uterusschleimhaut des geschlechtlichen Weibes, Bau der, mit besonderer Berücksichtigung der Menstruation 442.

Uterusruptur 414.

Uterusruptur, wiederholte 558.

Uterusruptur, einfache Behandlung und Heilung zweier subperitonealer Fälle 458.

V.

Vademecum der weibl. Gesundheitspflege 469.

Vagina, Bildungsfehler der 257

Vaginalgewölbe, Erhaltung des, bei Beckenoperationen 11.

Vaginol 292.

Vagino-fixationsgeburt 563.

Valeriansäuregruppe, Studien über die hypnotische Wirkung in der 109.

Venenunterbindung, rechtzeitige und richtige Ausführung der, ist das wirksamste Hilfsmittel zur Bekämpfung der puerperalen thrombophlebitischen Pyämie 314.

Ventrifixur des Uterus oder Ventrifixur der Ligg. rotunda? 223.

Verband, Vereinfachung des, nach Mammaamputation und anderen Operationen in der Achselhöhle 61.

Verdoppelungen und Atresien des weiblichen Genitalapparats, zur Kasuistik der 441.

Verhütung von Wochenbett-
erkrankungen, über den Vorschlag Zweifels zur 445.

Verlagerungen, durch Unfall bedingte, des nicht graviden Uterus 157.

Verlagerungen des Uterus als Folgen von Aborten und Entbindungen und deren Therapie 146, 199.

Verlagerung des Uterus infolge von Ventrifixur 157.

Verswinden, spontane, von bösartigen Geschwülsten 482.

Versuche zur Behandlung der Neubil-

dungen durch lymphatische Stase: die Ligatur des Bogens des Ductus thoracicus und die Ligatur der Pecquet'schen Zisterne 399.

Vesikovaginalfisteln, Technik der Radikalbehandlung 500.

Vesikovaginalfistel vermittels der Methode von Braquehay geheilt 442.

Vesikovaginalfisteln, zur Frage der Komplikation der, durch Inkarnation der vorgefallenen Blase 00.

Volksmedizin, vergleichende 471.

Volumveränderung des Uterus 537.

Vorderscheitelstellung, Betrachtungen über 1446 Fälle von 67.

Vorfall bei alten Frauen, eine milde und wirksame Operation gegen den totalen 502.

Vorlesungen über Schwangerschaft etc. 566.

Vulvitis bei Kindern 240.

W.

Wanderniere, eine neue Methode der Befestigung der, mit spezieller Verwendung von Longyear's Ligament 107.

Warzenschutz durch Gaudanin 129.

Wasserstrahlluftpumpe 523.

Wechselbeziehungen zwischen dem Ovulationsvorgang inklus. der Menstruation und inneren Krankheiten 17.

Wechselordnung, neue 519.

Wehenschwäche 425.

Wehenschwäche, Chinin bei 192.

Welt, der Arzt der großen und der kleinen 328.

Wendungsschlinge, sterile, aus hydrophilem Mullstoff 74.

Wiederauffüllung des Uterus nach vor-

zeitigem Blasensprung, nach dem Vorschlage des San.-Rat Bauer 66.

Wiederbelebung scheinot geborener Kinder durch Schultze'sche Schwingungen 318.

Wiederbelebung scheinot geborener Kinder, neue Methoden zur 508.

Wundbehandlung, zur Frage der peritonealen 60.

Wundinfektion und Wundbehandlung im Wandel der Zeiten und Anschauungen 524.

Y.

Yohimbin in seiner Einwirkung auf den weiblichen Genitalapparat 141.

Z.

Zange am Steiß 74.

Zange, hohe, bei Gesichtslage 276.

Zange und deren Gefahren 76.

Zangenoperation, Resultate der 557.

Zervix: L'ipertrofia longitudinale del collo dell utero come complicate della gravidanza e del parto 312.

Zervixtuberkulose, zur Kasuistik der papillären 109.

Zucker, die Anwendung des, in Verbindung mit mechanischen Agentien bei der künstlichen Frühgeburt 33.

Zwillinge, ein Fall von eineiigen, mit gemeinsamem Amnion und zusammengeknöteten Nabelschnüren 273.

Zwillinge, ungewöhnliche, Entwicklungsdifferenzen von 126.

Zystitis bei der Frau und ihre Behandlung 401.

Zystoskopische Untersuchung zur Prognosestellung der abdominalen Krebsoperation 397.

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Aerzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg, Frauenarzt in Dresden.

Erscheint am dritten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 18 Mk direkt unter Kreuzband 18 Mk 80 Pf., für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 20 Mk. für's Ausland einzelne Hefte 2 Mk. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

Heft 1 (265).

Leipzig, 17. Januar 1908.

XXIII. Jahrg.

Inhalt: Originalien: **Grosse**, Die Asepsis der Rückenmarksanästhesie. 2. — **Freudenberg**, Nachweis der Lebendgeburt. 4. — **Freudenberg**, Ovarientransplantation. 5. Referate über Frauenheilkunde: **Kermauner**, Über Missbildungen mit Störungen des Körperverschlusses. 7. — **Bab**, Über Duplicitas tubae Fallopii. 7. — **Barrell**, Kritische Bemerkungen. 8. — **Noble**, The abdominal wound. 8. — **Tracy**, Complications arising. 8. — **Simpson**, Postoperative complications. 8. — **Miller**, Postoperative thrombosis. 9. — **Bovée**, The use of Jodine catgut. 9. — **von Herff**, Cumolcatgut oder Jodcatgut? 9. — **Klein**, Versenkte Narkose der Faszie. 9. — **Grouzdew**, Komplikation der Vesiko-vaginalfisteln. 9. — **Stöckel**, Treckarkatheter. 10. — **Garceau**, Treatment of tubercular. 10. — **van der Veer**, Erhaltung des Vaginalgewölbes. 11. — **de Bovis**, Die Drainage. 11. — **Gomoli**, Ein neues Hämostatikum. 12. — **Frey**, Hämolysiert die Frauenmilch? 13. — **Bäumer**, Schwefelpräparat „Thiopinol“ (Matzka). 13. — **Daniel**, Beobachtung in der Gynäkologie. 14. — **Adler**, Seltene Ovarialveränderungen. 15. — **Rotter**, Scheidenverletzung. 15. — **Gehirnhämorrhagie**. 16. — **Riebold**, Wechselbeziehungen zwischen dem Ovulationsvorgang. 17. — **Welch**, Die Zahl der Ova. 19. — **Sellheim**, Wirkung der Uterusexstirpation. 19. — **Gellhorn**, Menstruation ohne Ovarien. 20. — **Nonadovics**, Behandlungsweise nach Bier. 20. — **Paul**, Bier'sche Stauung. 21. — **Polano**, Behandlung der Dysmenorrhoe. 21. — **Wederhake**, Ersatz für Gummihandschuhe. 22. — Referate über Geburts- und Säuglingspflege: **Wolff**, Schmerzlose Geburtswehen. 23. — **Wagner**, Interstitielle Tubargravidität. 23. — **Hall**, Über Fehlgeburten. 24. — **Ruppauer**, Eine Sturzgeburt. 24. — **Walther**, Zerreißung der Nabelschnur. 24. — **Neu**, Anwendung des Suprarenins. 25. — **Velits**, Adrenalinwirkung. 26. — **Neu**, Adrenalinwirkung. 26. — **Tanturri**, Fall von Osteomalakie. 26. — **Champetier de Ribes** und **Daversin**, Darmblutungen der Neugeborenen. 26. — **Kutscher** u. **Rieländer**, Mikrocephalus und Encephalocele. 27. — **Popescu** u. **Georgescu**, Plazenta praevia. 27. — **Zwiefel**, Behandlung der Plazenta praevia. 28. — **Baros**, Zwei Fälle von puerperaler Infektion. 30. — **Bonnaire**, Vingt opérations césariennes pratiquées. 31. — **Hartmann**, Entstehung von Hernien. 31. — **Wiemer**, Hydrorrhoe uteri gravid. 32. — **Schneider**, Wiederholter Kaiserschnitt. 32. — **Hannes**, Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. 33. — **Kelms**, Anwendung des Zuckers. 33. — **Alzheimer**, Künstliche Schwangerschaftsunterbrechung. 34. — Rezensionen: **Klencke**, Der Frauenarzt. 35. — **Schmey**, Beziehungen der Skrofulose zur Tuberkulose. 35. — **von Voss**, Hypnotismus. 36. — **Phar**, Angst. 37. — **Vorberg**, Überwachung der Gewerbeunzucht. 37. — **Orlowski**, Schönheitspflege. 38. — **Bauer** u. **Anzinger**, Sanitätsmilch. 38. — **Uffenheimer** u. **Stählin**, Warum kommen die Kinder in der Schule nicht vorwärts? 39. — **Berger**, Sozialhygienischer Rückblick. 40. — **Marcuse**, Grossstadt-Dokumente. 40. — **Schäfer**, Populär-Psychiatrie. 41. — **Finckh**, Irrenwesen. 41. — **Engel**, Klima und Gesundheit. 42. — **Ekstein**, Kurörtliche Bestrebungen. 43. — **von Holst**, Bericht über die Tätigkeit der Abteilung für Frauenkrankheiten am Carola-Hause. 44. — Beferate aus ärztlichen Gesellschaften. 45. — Literatur. 48.

Die Asepsis der Rückenmarksanästhesie.*)

Von Dr. Otto Grosse. München.

Die Rückenmarksanästhesie hat trotz aller Fortschritte immer noch in mehr als der Hälfte der Fälle Brechreiz und Erbrechen, Temperatursteigerungen, Kreuzschmerzen, und Kopfschmerzen in mittelbarem oder unmittelbarem Gefolge. Die Ursache hierfür liegt, wie sich auf Grund eigener Erfahrungen, sowie der Beobachtungen anderer Autoren feststellen liess, in Mängeln und Fehlern der Asepsis bei diesem Eingriff.

Alle bisher angewandten Sterilisations- und Desinfektionsmethoden, haben ein einwandfreies aseptisches und dabei — wie es die ausserordentliche Empfindlichkeit der nervösen Zentralorgane unbedingt erfordert — von jeder Verunreinigung (Rostbildung, Niederschläge von Kalksalzen des Wassers, von Soda, von Kochsalz) freies Instrumentarium nicht zu liefern vermocht. Nur die Wasserdampfsterilisation wird der hier zu lösenden Aufgabe bei grösster Einfachheit der Anwendung in idealer Weise gerecht. Die Injektionsspritze kann der direkten Einwirkung des Wasserdampfes entweder in dem G.'schen Universalsterilisator oder im Verbandstoffraum eines Kochsterilisationsapparates oder in einem aus 2 ineinandergestellten Töpfen improvisierten Dampfsterilisator (cfr. Berl. klin. Wochenschrift 1907, 28) ausgesetzt werden; die Kanülen sind ebenso, wie es der Verf. vordem (Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 77, 1. 1905, Münch. medicin. Wochenschr. 1905, 31) für chirurg-

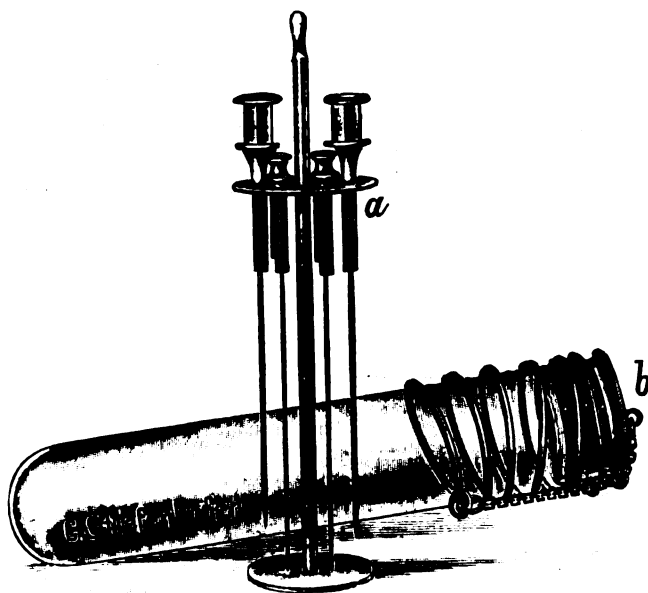
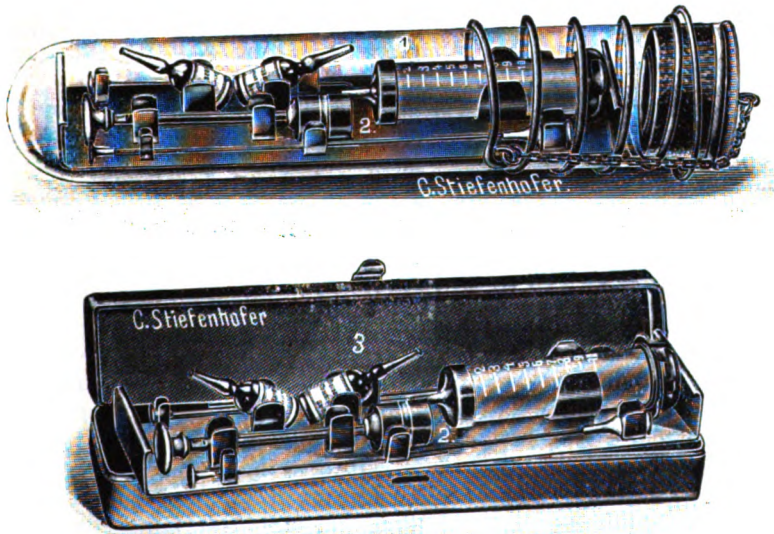


Fig. I. Kanülensterilisationsrohr nach Grosse. (D.R.G.M. Nr. 245379.)

*) Auszüglich nach der Münch. med. Woch., No. 40, 1907.

gische Messer angegeben, in ein Glasrohr eingeschlossen zu sterilisieren. Sie werden, wie auch die Mandrins, um eine Beschädigung der feinen Spitzen zu verhindern, in ein einfaches Stativ (Fig. I. a) gelagert, in das „Kanülensterilisationsrohr“*) (Fig. I. b) eingeführt, welches nun fest verschlossen dem Wasserdampf mit der Spritze und den sonstigen Instrumenten zugleich 10. Minuten lang exponiert wird. Nach beendeter Sterilisation dem Rohre entnommen, zeigen sich die Kanülen vollständig trocken und glänzend, aussen wie innen von jedem Belag frei. Die Spritze ist nur mit einigen Kondenswasserperlen bedeckt, die alsbald spurlos eintrocknen. Das Instrumentarium ist auf sehr einfache Weise dauernd in tadellosem Zustande zu halten.

Um das Sterilisationsverfahren noch einfacher und einheitlicher zu gestalten, hat G. ein Besteck*) angegeben, welches (Figur II) aus einem grösseren Sterilisationsrohr (1) und einer in dasselbe einzuschubenden Lagerung (2) aus Metall besteht, auf der, in federnden Klammern gehalten, das gesamte Instrumen-



($\frac{1}{2}$ nat. Grösse.)

Fig. II. Besteck zur Spinalanästhesie nach Grosse. (D.R.G.M. Nr. 245379.)

tarium der Rückenmarksanästhesie-Rekordspritze, Kanülen, 2 Mandrins, 2 Phiolen Tropokokain-Merck, zwecks Sterilisation und ev. steriler Aufbewahrung, untergebracht ist. Die Sterilisation erfolgt in gleicher Weise wie oben geschildert, durch 10 Minuten lange Einwirkung des Wasserdampfes auf das festverschlossene Glasrohr und liefert völlig trockene, von Belag oder Flecken freie Instrumente. Zur Aufbewahrung derselben samt Lagerung dient

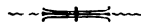
*) Firma C. Stiefenhofer, München, Karlsplatz 6.

bei Nichtgebrauch ein Metalletui (3), dem mit Ohr versehene Neu-silberdrähte zur Reinigung der Kanülen beiliegen.

Zur Händedesinfektion und zur Desinfektion der Punktions-gegend bedient sich G. nicht mehr des, wie Schumburg nachgewiesen hat, unwirksamen Bearbeitens der Haut mit Wasser, Seife und Bürste, noch auch irgend welches Antiseptikums, sondern lediglich des Alkohols, entweder des Schumburg'schen Gemisches, Alkokol 1000 + Äther 500 + Acid. nitr. 7.5 oder aber des gewöhnlichen Brennspritus.

Hände und Operationfeld werden hiermit ca. 3 Minuten abgerieben, letzteres sodann mit abgekochtem Wasser nachgewaschen.

Aus den bei der Rückenmarksanästhesie gemachten Erfahrungen, dass schon die Einbringung minimaler Mengen von differenten Stoffen zu schweren Schädigungen des Organismus führt, ergibt sich das Desiderat, nicht nur an diesen Eingriff, sondern an alle Operationen mit einem wirklich tadellosen, d. h. nicht allein keimfreien, sondern von jeder Verunreinigung und jedem belagfreien Instrumentarium heranzugehen, wie es nur mittels der, auch in jeder anderen Hinsicht dem Kochverfahren weit überlegenen Wasserdampfsterilisation aufs einfachste und leichteste zu erhalten ist.



Nachweis der Lebendgeburt.

Nach dem Englischen*) des „Hospitals“.

Deutsch von Dr. F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Frage nach der Lebendgeburt ist eine solche von beständiger Schwierigkeit für die gerichtsärztliche Praxis. Was das Gericht als unerlässliche Vorbedingung für die Erhebung einer Anklage wegen Kindesmordes verlangt, nämlich den Nachweis, dass das Kind vor seinem Tode völlig vom Mutterleibe getrennt gewesen ist, kann selten in einwandfreier Weise durch die Ergebnisse der Obduktion festgestellt werden. Allerdings kann der Lungenbefund ergeben, dass eine Atmung stattgefunden hat; aber dieser Umstand, wenn nicht unterstützt durch anderweitige Nachweise, bezeugt keineswegs in unwidersprechlicher Weise, im legalen Sinne des Wortes, dass wirklich eine Lebendgeburt erfolgt ist. Dagegen wird gewöhnlich angenommen, dass der Augenschein einer natürlichen Lungenrespiration möglicherweise durch künstliche Aufblasung der Lungen herbeiführbar ist, trotzdem es gerade in denjenigen Fällen, in welchen gewöhnlich der Verdacht eines Kindesmordes auftaucht, höchst unwahrscheinlich ist, dass Versuche einer künstlichen Atmung gemacht worden sind. Dieser letztere Umstand wird meist mit Rücksicht auf eine mögliche Aufblasung der Lungen vermittels

*) The hospital, 2. November 1907, pag. 105.

direkter Einführung von Luft in die Pulmonarwege durch des Kindes Mund und Nasenlöcher erörtert.

Ohne abschliessend darüber urteilen zu wollen, was hiervon für den individuellen Fall zutrifft, steht doch bezüglich der unlängst von Dr. J. A. Braxton-Hicks in der Westminster Hospital Gazette veröffentlichten Fällen fest, dass die allgemeine Lehre, der Anschein einer natürlichen Respiration könne durch die Applikation einer künstlichen Respiration am Körper eines totgeborenen Kindes auf das getreulichste erweckt werden, als wahr angenommen werden muss. Dr. Hicks berichtet über drei derartige Fälle. In zweien derselben waren sowohl die Silvestre'sche Methode als auch die Schultze'schen Schwingungen zur Anwendung gelangt, während in dem dritten Fall die Lufteinblasung von Mund zu Mund ausgeführt worden war. In allen drei Fällen bot der Befund der Lungen bei der Leichensektion den Anschein der Lebendgeburt und gab bei der hydrostatischen Probe einen positiven Beweis. Ferner enthielt der Magen und der obere Teil des Darmtrakts ebenfalls Luft, schwamm, ins Wasser gebracht, obenauf und bot so jenes Bild dar, welches man den zweiten Beweis für Lebendgeburt zu nennen sich gewöhnt hatte. Auf Grund dieser Tatsachen ist es einleuchtend, dass eine präsumtive Schlussfolgerung zu Gunsten einer Lebendgeburt, begründet auf den Obduktionsbefund der Lungen und des Magens, schwerlich aufrecht erhalten werden kann, sobald erstliche, wenn auch unwirksame Atmungsversuche mittels künstlicher Methoden ausgeführt worden sind. —

Zu genau den gleichen Anschauungen sind die deutschen Geburtshelfer auf Grund mehrfacher Beobachtungen gelangt. Ein nicht minder Interesse vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus verdienen aber die jüngst in der „Z. f. Gyn.“ gemachten Ausführungen, welche an einen Fall von Vagitus uterinus anknüpften. Wenn in einem Falle, in dem es zu einem intrauterinen Schrei des Kindes gekommen ist, der Fötus vor vollendeter Geburt abstirbt und zugleich der Verdacht eines Kindesmordes auftaucht, so wird bei der Obduktion der Lungenbefund nicht nur den Anschein erwecken, als ob das Kind geatmet hätte, sondern es hat tatsächlich geatmet, wiewohl es als Totgeburt zur Welt kommt. Dies zur Vervollständigung der obigen Mitteilung. —



Ovarientransplantation.

Nach dem Englischen aus „The therapeutic gazette“.

Deutsch von Dr. F r e u d e n b e r g.

Es hat sich unglücklicherweise so getroffen, dass der Erkenntnis von der Bedeutung der inneren Sekretion der Eierstöcke oder besser gesagt, von der Existenz einer solchen Sekretion eine ausser-

ordentliche Aktivität eines Teiles der Gynäkologen voranging. Diese Hyperaktivität führte zu der Herrschaft der Anschauung, dass in der Ovariectomie ein Mittel gegeben sei, welches imstande wäre, alle Krankheiten zu heilen, die für das weibliche Geschlecht als spezifische anzusehen sind. So ist es gekommen, dass gegenwärtig Tausende von Frauen daran leiden, was man euphemistisch „Cachexia ovaripriva“ nennt, ein Leiden, welches sich durch proteusartige, stets rekurrierende und universal auftretende, funktionelle Störungen des Nervensystems äussert. Die Einsicht in den traurigen Nervenzustand, in welchen manche Frauen verfallen, die einer vollständigen Ovariectomie unterworfen werden, hat zu einem allgemeinen Verzicht auf die komplette Kastration geführt und eine partielle Vornahme derselben an ihre Stelle gesetzt, wobei ein Teil des ovariellen Gewebes erhalten bleibt. Infolge dieser Modifikation sind die tiefgreifenden nervösen Störungen, welche dem Handeln der Frauenärzte so häufig gefolgt waren, zurzeit verhältnismässig selten geworden. In dem Bestreben nun, auch bei Umständen, unter denen sich die Wegnahme beider Eierstöcke notwendig macht, den funktionellen Störungen, von denen solch eine Entfernung gefolgt zu sein pflegt, vorzubeugen, sind zahlreiche Versuche gemacht worden, entweder gleichartige Organe in ihrer Totalität oder aber in Stückchen gesunden Eierstocksgewebes zu transplantieren. Nach den betreffenden Berichten wurde hierbei ein gewisser Erfolg erzielt.

Vielfach ist der Glaube verbreitet, dass es ganz gut möglich sei, einen gesunden menschlichen Eierstock in die Bauchhöhle oder subperitoneal einzubringen und dieses Organ so zu versorgen, dass seine Vitalität, seine Funktion und Ernährung erhalten bleibe. Und doch besteht keine andere Berechtigung für diese Annahme, als ein hier ganz unangebrachtes Vertrauen in die Kräfte der Natur. Eierstöcke, Eierstocksfragmente behalten transplantiert dauernd weder ihre anatomische Struktur noch ihre Organtätigkeit bei, wiewohl dies für eine kürzere Zeit durch Experimente sowohl bei Tieren als auch bei Menschen festgestellt ist.

Der Gegenstand ist aber von so hervorragender Wichtigkeit, dass jeder derartige Versuch Interesse weckt, und dies trifft ganz besonders bei einem Falle zu, über den Dr. W a r b a s s e berichtet. Bei diesem trafen alle charakteristischen Symptome, welche die Cachexia ovaripriva zu begleiten pflegen, auf das eklatanteste zu. Ovarialextrakt, aus eingeäscherten und pulverisierten Eierstöcken gewonnen und in der Dosis von 0,3 Gramm dreimal täglich 2 Wochen hindurch während jeden Monats dargereicht, machten den Zustand dieser Patientin ganz erträglich. Sobald aber mit diesem Mittel ausgesetzt wurde, traten die Krankheitserscheinungen von neuem auf. Die Eierstöcke wurden von Kühen und Schafen entnommen.

In Gemeinschaft mit Dr. Fowler entfernte nun Dr. W. ein zystisch-entartetes Ovarium bei einer zweiten Patientin. Die Zyste wurde an dem Organe weggeschnitten, welches sonst offenbar ein noch ganz gesunder Eierstock war. Bedeckt war er auf der einen Seite von Peritoneum, auf der andern von der Zystenwand. Dieses Ovar

wurde nun in einen Schlitz des breiten Mutterbandes bei der ersten Patientin eingelassen, so dass die peritoneale Seite frei blieb. Gesichert in seine Lage wurde dasselbe durch feine Katgutnähte an den beiden Wundwinkeln des Schlitzes, um das Ovar zu verhindern, sich zu drehen und zu verschieben. Hierauf wurde die äussere Wunde geschlossen.

Infolge dieser Operation verschwanden die nervösen Störungen völlig und die Symptome der Cachexia ovaripriva hörten fast während eines ganzen Jahres zu bestehen auf. Alsdann allerdings traten wieder Blutwallungen ein, jedoch keineswegs so schlimm, wie vor der Transplantation, wiewohl die Patientin jetzt mit ihrem gegenwärtigen Zustand nicht mehr zufrieden ist.

Der klinische Erfolg dieses Falles stimmt mit den Resultaten aller bisherigen experimentellen Untersuchungen überein, indem durch beide erwiesen wird, dass ein transplantiertes Ovarium einem allmählichen Degenerationsprozess und einer langsamen Absorption verfällt. Immerhin aber ist das bisher Erreichte ermutigend genug, in der bezeichneten Richtung weitere Versuche anzustellen (und — wie der Übersetzer hinzufügen möchte — rücksichtlich des bereits erzielten Erfolges nicht davor zurückzuschrecken, die Plantation bei derselben Patientin eventuell zu wiederholen). —



Referate über Frauenheilkunde.

Über Missbildungen mit Störungen des Körperverschlusses.

Von Priv.-Doz. Dr. K e r m a u n e r, aus der Universitäts-Frauenklinik in Heidelberg. Arch. f. Gyn., Bd. 78.

Es werden fünf Fälle von Störungen des Körperverschlusses eingehend geschildert. Ihre Beschreibung sowie die Theorien über ihre Entstehung eignen sich nicht zum Referat. Den alten Theorien fügt Verf. eine neue hinzu, welche in einem primären Hydramnion die Ursache der Missbildungen sieht. Ein solches Hydramnion an sich ist sichergestellt. Es muss nur noch die Hilfsannahme gemacht werden, dass hierbei der Bauchstiel mit dem übrigen Amnionbindegewebe im Wachstum nicht gleichen Schritt gehalten hat, sondern zu kurz geblieben ist. Der hierdurch bedingte Zug führt zu Störungen des Körperverschlusses, aus dem dann wieder andere Missbildungen resultieren.

L a n g e-Posen.

Über Duplicitas tubae Fallopii und ihre entwicklungsgeschichtliche Genese. Von Dr. B a b, aus der Universitäts-Frauenklinik der Charité zu Berlin. Archiv für Gynäk., Bd. 78.

Zu den 5 bisher bekannten Fällen von gut ausgebildeten dicken

Nebentuben fügt Verf. zwei neue Fälle. Nach ihrer Beschreibung erwägt Verf. die verschiedenen Möglichkeiten in der Entstehung dieser Missbildung. Es kommen in Betracht: Persistenz zweier Vornierentrichter, doppelte Anlage und Abschnürung von Koelom-epitheltrichtern oder die Entstehung aus Vornierenkanälchen.

L a n g e - Posen.

Kritische Bemerkungen eines Chirurgen über Gynäkologie.

Von B a r r e l t. The american journal of obstetrics and diseases of women and children. Januar 1907.

Im Anschlusse an einen Aufsatz von Bevan, betitelt „Unnötige Operationen an Frauen“, in dem die Spezialisten im allgemeinen und im besonderen die Gynäkologen einer abfälligen Kritik unterzogen werden, legt Verf. demgegenüber dar, wie sehr berechtigt die Ausbildung der Spezialisten sei. Es muss Spezialisten geben. Als Grundlage sollen sie eine gute allgemeine Vorbildung haben. Gehen dieselben dann zu dem Spezialgebiete über, welches ihnen besonders zusagt, so werden sie sicherlich auch etwas Besonderes leisten. Als wesentliche Ursache der Bekämpfung der gynäkologischen Spezialisten von seiten des Chirurgen kommen nach seiner Ansicht nur geldliche Interessen in Betracht.

S a m u e l - Posen.

The abdominal wound; its immediate and after care. Von Prof. Dr. N o b l e. The american journal of obstetrics and diseases of women and children. Sept. 1907.

Der Verfasser will das Zustandekommen von postoperativen Hernien dadurch verhüten, dass er die Bauchwunde sehr sorgfältig näht, sodass immer die zusammengehörigen Schichten miteinander vereinigt werden. Er ist gegen allzulanges Liegen nach den Operationen. Das Tragen einer Leibbinde ist nicht absolut nötig. —

B u r c k h a r d - Würzburg.

Complications arising in the kidneys and ureters following abdominal operations.

Von Dr. T r a c y. Ibidem.

Tracy erwähnt von Komplikationen nach Laparotomien von seiten der Harnorgane ausgehend: Nierenreizung, Pyelitis, Ureterenunterbindung, Nekrose des Ureters; daran schliesst sich eine Besprechung der Therapie dieser Zustände an. —

B u r c k h a r d - Würzburg.

Postoperative complications involving the alimentary tract.

Von Prof. Dr. S i m p s o n. Ibidem.

Simpson bespricht die nach Operationen sich einstellenden Komplikationen, die vom Darmtraktus ausgehen. Er unterscheidet 1. funktionelle Störungen (Erbrechen, Ileus), 2. Störungen, die durch Peritonitis hervorgerufen sind (Adhäsionsbildung, Darmverschluss, Kotfisteln, Thrombose und Embolien, akute Magendilatation). —

B u r c k h a r d - Würzburg.

Postoperative thrombosis and embolism. Von Dr. Miller.
Ibidem.

Miller unterscheidet vier Arten von Thromben, nämlich entzündliche, traumatische, durch Kompression oder Dilatation der Gefäße entstandene und marantische. Das Schicksal der Thromben ist: Erweichung, Abreissen, Organisation und Verkalkung. Be- fallen werden vor allem die unteren Extremitäten, die Pfortader, Niere, Milz, Lunge, Herz und Gehirn. —

Burckhard - Würzburg.

The use of Jodine catgut in abdominal surgery. Von Dr. Bovée. Ibidem.

Bovée empfiehlt das Jodkatgut. Das Rohkatgut wird ohne weitere Vorbereitung in folgende Lösung gelegt: Tinctura jodi 1,0, Kalium jodatum 1,5, Alkohol. absolut. 97,5. Nach 14 Tagen ist das Katgut gebrauchsfertig. Die Präparation ist sehr einfach, das Katgut ist sicher steril, wirkt antibakteriell und wird weniger rasch resorbiert als auf anderem Wege präpariertes. —

Burckhard - Würzburg.

Cumolkatgut oder Jodkatgut? Von Prof. Dr. O. von Herff-
Basel. Z. f. Gyn., No. 41, 1907, pag. 1230.

Verf. tritt neuerdings für das von ihm bereits früher empfohlene Jodkatgut warm ein. Durch seine Zugfestigkeit und langsame Aufsaugung schafft es die Möglichkeit, Bauchwunden ausschliesslich mit resorbierbarem Material zu vernähen. Und so erklärt v. H. auf Grund eines weiteren Jahres Erfahrung neuerdings, dass er keine Zubereitungsweise kenne, die bei solcher Einfachheit, Bequemlichkeit und Billigkeit in der Herstellung ein solch widerstandsfähiges und dauerhaftes Katgut liefere, wie die Sterilisierung mit Jod, vor allem die nach der Methode Schmidt-Billmann (Mannheim).

Freudenberg - Dresden.

Versenkte Siliknaht der Faszie bei abdominalen Kōliotomien. Von Dr. Klein. Z. f. Gynäk., No. 33, pag. 1004, 1907.

Verf. empfiehlt auf das wärmste die Anwendung von versenkten Siliknähten. Einmal tritt dabei sehr leicht prima reunio ein und sodann ist die Zahl der sich bildenden Bauchhernien eine sehr geringe. Nur in 5 Fällen von 175 entstanden bei reinen, unkomplizierten Kōliotomien Hernien = 2,8 Proz. —

Freudenberg - Dresden.

Zur Frage der Komplikation der Vesiko-vaginalfisteln durch Inkarzeration der vorgefallenen Blase. Von Prof. Dr. Grouzew (Kasan). Z. f. Gynäk. No. 35, pag. 1053, 1907.

Der sehr eingehend dargestellte Fall bietet viel Interessantes. Er zeigt die fatale Einwirkung schwerer körperlicher Arbeit bei Erschlaffung der Bänder der Blase und der Beckenorgane überhaupt. Er belehrt über die Tragweite der Blaseninkarzeration, die rasch

zur Nekrose führt und gefährliche Komplikationen zur Folge hat. Er stellt aber schliesslich auch den wohlthätigen Einfluss der Reposition durch methodischen Druck ins Licht, analog der mechanischen Behandlung chronischer Gebärmuttervorfälle, die oft da glänzende Resultate erzielt, „wo sich sämtliche Versuche einer raschen, gewalt-samen Reposition als erfolglos erwiesen haben und wo man allem Anschein nach nur noch an operative Intervention denken konnte“. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Trokarkatheter zur infrasymphysären Blasendränage. Von Prof. Dr. S t ö c k e l (Berlin). Z. f. Gyn., Heft 26, pag. 807, 1907.

Da Verf. glaubt, dass sich die infrasymphysäre Blasendränage am leichtesten mittels eines Trokarkatheters ausführen lässt, so hat er einen Skene'schen Pferdefusskatheter aus Metall*) herstellen lassen, in welchen ein biegsamer Trokarstachel eingeschoben werden kann. Im Falle einer Verstopfung während der Rekonvaleszenz kann derselbe durch einen Skene'schen Glaskatheter ersetzt werden. Verf. legt die infrasymphysäre Blasendränage vor Beginn der plastischen Operation an, indem er zunächst einen kleinen Querschnitt macht, einen Finger in die Blase einführt und den Trokarkatheter, unter Kontrolle von der leeren Blase aus, um den Symphysenrand herum und durch die vordere Blasenwand hindurch dirigiert, um dann erst die Harnröhre zu verengern resp. die Fistel zu schliessen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Treatment of tubercular and nontubercular cystitis in the female. Von Dr. G a r c e a u. The american journal of obstetrics and diseases of women and children September 1907.

Verf. teilt die Blasentuberkulose ein in eine primäre, als die seltenere, und eine sekundäre, als die häufigere Form. Anatomisch bestehen zwei Formen, die miliare und die ulzeröse. Zur Behandlung empfiehlt er für die leichteren Fälle Allgemeinbehandlung, Diät, Kreosot, Sandelholzöl und gegen die momentanen Schmerzen Antipyrin per Klysma. Für weiter fortgeschrittene Fälle sind Einspritzungen von Sublimat zu empfehlen, weniger zweckmässig ist Jodoformemulsion, Pyrogallus-, Milch- und Karbolsäure. Wenn ausgesprochene Geschwüre in der Blase vorhanden sind, werden diese am besten im Kystoskop mit dem Höllesteinstift geätzt. Bei hartnäckigen Fällen ist das beste Mittel die Kystotomie mit entsprechender Nachbehandlung. Wenn ausgedehntere Ulzerationen vorhanden sind, kommt die Anlegung einer Blasenscheidenfistel, ev. die Resektion der Blase in Betracht. Event. ist es notwendig, vor der Behandlung der Blase erst eine tuberkulöse Niere zu entfernen. Bei der nichttuberkulösen Kystitis ist eine Lokalbehandlung zwecklos, wenn nicht die oberen Harnwege frei sind, die ev. vorher zu behandeln sind. Bei akuten Formen wird in erster Linie Bettruhe und Applikation von schwachen Argentumlösungen im Kystoskop empfohlen. Daneben alkalische Wässer und Urotropin. Auch bei

*) Georg Härtel, Breslau, Albrechtstrasse, ist Lieferant.

den chronischen Formen ist Bettruhe sehr indiziert, ferner Applikation eines Dauerkatheters wenigstens für einige Tage, eventuell Dilatation des Blasenhalses. Daneben werden Spülungen mit Borsäurelösung angewandt, und zwar nicht nur der Blase, sondern auch der Harnröhre. Auch Ätzungen mit *Argentum nitricum* sind zu empfehlen. Innerlich wird Urotropin, Helmitol und reichlich Wasser gegeben. In ganz schweren Fällen ist die vaginale Kystotomie mit nachfolgenden Blasen-spülungen auszuführen; die Fistel ist mehrere Monate lang offen zu halten. Selten wird eine Blasenresektion notwendig. —

B u r c k h a r d - Würzburg.

Erhaltung des Vaginalgewölbes bei Beckenoperationen.

Von Van der Veer. *The american journ. of obstetrics*, Januar 1907.

An der Hand zweier Fälle wendet Verf. sich gegen das zu radikale Vorgehen sowohl bei vaginalen wie auch bei Bauchoperationen, denn bei rechter Vorsicht sind doch manche der postoperativen Beschwerden zu vermeiden. Deshalb ist auch dafür zu sorgen, dass möglichst das Vaginalgewölbe erhalten bleibt, dann kann es eben nicht dazu kommen, dass die Patientin durch zu starken Narbenzug dauernd krank bleibt. —

Dr. S a m u e l - Posen.

Die Drainage in der Gynäkologie. Von Dr. de Bovis. *Sém. méd.* 21. August 1907. *Bespr. Revue de théor. méd. chir.* 15. Sept. 1907, pag. 642.

Man weiss, wie schwierig es ist, sich über die Opportunität der Drainage sowohl bei abdominalen wie vaginalen Operationen prinzipiell auszulassen. Da besteht zunächst die Kontroverse: ist die Drainage nicht eine der häufigsten Ursachen einer konsekutiven Eventration? Man müsste also den Nachweis erbringen, dass es sich um eine *Indikatio vitalis* handle, wenn man die Drainage als Regel adoptiert. de B. bemerkt nun, indem er die abdominalen Interventionen nach den verschiedenen Veranlassungen, deretwegen man sie heutzutage unternimmt, samt ihrer modernen vervollkommenen Technik einer Betrachtung unterwirft, dass eine ausgedehnte Kontamination der grossen Peritonealhöhle durch sehr virulenten Eiter ein sehr seltenes Ereignis geworden ist, da der Peritonealschutz die vorzüglichste Sorge der den Chirurgen unterstützenden Assistenten ist. Eine wenig ausgedehnte Verunreinigung dagegen wird nur zu einem örtlichen Abszess führen, eingeschlossen in Adhärenzen und meist lokalisiert. Zweifelsohne wäre es besser, solche üble Vorkommnisse zu vermeiden, aber entspricht die Drainage, sei es mit Gaze, sei es mit Dräns, denn wirklich dieser Aufgabe? Man beschuldigt die Därme und peritonealen Gewebe der Verstopfung der Dränlöcher und der Endöffnung des Dräns, so dass sich die Wirksamkeit desselben nicht weiter erstreckt als auf den kleinen Abschnitt, in den er eingelassen ist. Die Anhäufungen von antiseptischer Gaze aber, nach der Mikulicz'schen Methode, bilden tatsächlich neue Hindernisse für den Austritt des Eiters.

Von diesen Gesichtspunkten ausgehend, hat Olshausen (Gynäk.

Gesellsch. zu Berlin, 1903) die Anwendung der Drainage verworfen, da er diese für die genannten Schädigungen verantwortlich machte. Wie ist nun ein derartiges Problem aufzulösen? Das Studium der verschiedenen Statistiken hilft uns nicht weiter, da die Mehrzahl der angezogenen Fälle sich nicht miteinander vergleichen lassen. Man muss sich daher besonders an klinische Erwägungen halten, um sich aus der Verlegenheit zu ziehen. Die Unzuverlässigkeit der mikroskopischen Untersuchungen ist klinisch festgestellt, selbst wenn man einen tüchtigen Bakteriologen zur Hand hat. Wenn es sich um schwere Bauch-Becken-Eiterungen handelt, um geplatzte Pyosalpinx z. B., ist es zweckmässig, zu dränieren. Unter allen andern Umständen dürfte die Drainage überflüssig sein. Um die so häufigen Adhärenzen im Gefolge der Drainage zu vermeiden, befolgt Verf. die Methode Routier's, der in Gaze eingewickelte Dräns verwendet. So lässt sich die Kapillarität der Döchte mit der Permeabilität der Röhren vereinigen. — Schliesslich wird man davon Abstand nehmen, durch die Bauchwand zu dränieren, da man nach der Scheide hin stets einen besseren Abfluss wird bewerkstelligen können.

Die Vaginaldrainage hat sich in der Tat eine grosse Zahl von überzeugten Anhängern bewahrt, sei es, dass man den Drän von der Bauchhöhle aus einführt, sei es bei tiefgelegenen Operationen. Diese Art der Drainage hat den Vorzug der schräg nach unten gerichteten Ableitung. Die diesbezüglichen Statistiken führen eine beredte Sprache und werden von allen Autoren anerkannt. Es werden dabei, wenn auch nicht die schweren Zufälle ausgeschlossen, so doch Abszesse, sekundäre Hämorrhagien und vereiternde Hämatoeme vermieden, welche die Rekonvaleszenz ins Ungemessene verlängern.

Wenn man dem entgegenhält, dass dieses Verfahren zur unmittelbaren Infektion Veranlassung gebe, auf Grund der Septizität des eingeführten Leiters, so ist es leicht, hierauf mit dem entschiedenen Widerspruch zu antworten, den die Klinik diesen theoretischen Befürchtungen entgegensetzt. Steht es doch durch eine unbezweifelbare Beobachtung fest, dass gerade die Operationen am Mutterhalse und der Scheide von der allerraschesten Heilung gefolgt sind. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ein neues Hämostatikum. Das Jod-Chloroform. Von Dr. V. G o m o i u (Bukarest). Spitalul, F. 19, 1907.

Der Verf. hat in einem Falle von stark blutendem, inoperablem Epitheliom des äusseren Genitales bei einer Patientin mit ausgezeichnetem Erfolge eine Lösung von $2\frac{1}{2}$ bis 3 g Jod in 30 bis 60 g Chloroform angewendet und empfiehlt dasselbe als ein sicher wirkendes, lokales Blutstillungsmittel, welches auch dort prompt wirkte, wo andere Hämostatika, wie heisses Wasser, Gelatineserum, Antipyrinlösung, Wasserstoffhyperoxyd etc. ohne jeden Erfolg blieben. Weder Jodlösung, noch Chloroform allein hatten hämostatische Wirkung, und es handelt sich beim Jod-Chloroform wahrscheinlich

um eine spezielle Verbindung beider Körper, die blutstillende Wirkung ausübt. —
E. T o f f - Braila.

Hämolyisiert die Frauenmilch? Von Dr. F r e y. Münch. med. Woch., No. 36, pag. 1782.

Verf. hat in der Münchener Universitätsklinik die Cattaneo'schen Versuche nachgeprüft und ist zu dem Resultate gelangt, dass die Frauenmilch im Gegensatz zu den Angaben Cattaneo's die Fähigkeit zur Hämolyse von Menschenblutkörperchen (im Sinne Bordet's und Ehrlich's) nicht besitzt. Zu erwägen bleibe nur, ob die Hämolyse unter den angegebenen Bedingungen ausbleibe, weil die Frauenmilch weder geeignete Zwischenkörper noch Komplemente enthält, oder ob es ihr nur an einem der beiden wirksamen Faktoren fehlt, oder ob sie als Medium oder durch einen besonderen Bestandteil, etwa komplexe Antikomplemente, eine die Hämolyse hemmende Wirkung entfaltet. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über ein lösliches Schwefelpräparat „Thiopinol“ (Matzka) und die Thiopinolseife. Von Dr. L. B ä u m e r. Therapie der Gegenwart, September 1907.

Verf. berichtet über das obengenannte Schwefelpräparat, freilich vom Standpunkt des Hautspezialisten aus; indes das grosse Interesse, welches die Schwefelpräparate auch für den Gynäkologen besitzen, veranlasst uns, an dieser Stelle von dem neuen Mittel Akt zu nehmen.

Einleitend bespricht Verf. die Bedeutung und die Aufgaben der Schwefeltherapie überhaupt und geht sodann zu seinen eigenen Erfahrungen mit Schwefelmitteln und dem speziellen „Thiopinol“ genannten Präparat über. Hergestellt ist dasselbe von dem Chemiker Matzka als lösliches reizloses Alkali-Schwefelpräparat und kommt mit 5—10 prozentigem Gehalte als Thiopinolbad, Thiopinol-salbe und Thiopinolseife in den Handel. Erzeugungsort ist die Chemische Fabrik Vechelde. Verf. hat besonders mit der Seife Versuche angestellt und zwar an 56 Kranken. Überwiegend war die Akne vulgaris vertreten. Um sich von der Qualität der Seife zu überzeugen, hat er zunächst selbst ein Stück derselben in Gebrauch genommen und konnte dabei ihre völlige Reizlosigkeit feststellen. Ausserdem fiel ihm auf, dass die Seife im Gebrauch äusserst sparsam ist. Die chemische Prüfung mit Phenolphthalein ergab neutrale Reaktion.

In leichten Fällen von Akne vulgaris gelang es ihm, mit dem Gebrauch der Seife allein auszukommen. Die Patienten wurden angewiesen, sich morgens und abends mit recht warmem Wasser und der Seife zu waschen; abends blieb der Seifenschaum auf dem Gesicht die Nacht über liegen.

Bei den stärker ausgeprägten Fällen genügte natürlich die zweimalige Seifenwaschung nicht, hier musste abends nach der Waschung eine der üblichen Schalsalben oder Schälpasten unter einer Flanell-Gesichtsmaske aufgetragen werden.

Bei diesem Verfahren (ohne die entsprechende Allgemeinbe-

handlung zu vergessen) gelang es stets, auch länger bestehende und zum Teil stark entstellende Akne-Erkrankungen zu beseitigen.

Nur zweimal hörte Verf. Patienten im Anfang über Brennen bei Gebrauch der Seife klagen, es trat aber bald eine Gewöhnung ein. Bei sehr spröder und trockener Haut musste er hin und wieder die Seifenwaschung nur einmal vornehmen lassen. Wiederholt gaben die Patienten ungefragt an, das sie mit der neuen Seife zufriedener seien als mit den bisher gebrauchten Schwefelseifen.

In einigen Fällen von sehr starker Seborrhoe des behaarten Kopfes, bei denen man ohne eine 5 bis 10prozentige Schwefelpomade meist nicht zum Ziele kommt, hat Verf. an Stelle der unbequemen Pomade mit Vorteil die Thiopinol-Seife zu Kopfwaschungen benutzt, daneben liess er ein Resorzin- oder Salizyl-Haarwasser gebrauchen.

Verf. fasst seine Beobachtungen und Erfahrungen dahin zusammen, dass sich ihm die Thiopinol-Seife als eine reizlose Schwefelseife bewährt hat.

Die Löslichkeit des in der Seife enthaltenen Thiopinols (wovon man sich ohne Mühe durch Auflösung eines Stückchens der Seife in Wasser überzeugen kann) garantiert nach des Verf.'s Angaben eine intensivere Schwefelwirkung, als dies bei den bisherigen Seifen möglich war. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Beobachtung in der Gynäkologie. Von Dr. Const. Daniel - Bukarest. Spitalul, No. 20, 1907.

Um in der gynäkologischen Chirurgie eine präzise Diagnose stellen zu können, muss die Untersuchung sich in eingehender Weise auch auf die Vergangenheit der betreffenden Kranken erstrecken, da selbst unbedeutend erscheinende funktionelle oder allgemeine Erscheinungen eine besondere Bedeutung in diagnostischer Beziehung gewinnen können. Infolgedessen ist die gynäkologische Untersuchung nicht nur eine solche der Genitalorgane, sondern aller Organsysteme und aller Funktionen. Der Gynäkologe muss also nicht nur sein Spezialfach, sondern einen grossen Teil der übrigen medizinischen Fächer von Grund aus kennen, um richtig einen pathologischen Prozess des weiblichen Genitales deuten zu können. Dies ist hauptsächlich wichtig, wenn es sich um sogen. falsche Genitalerkrankungen handelt, wo eine Gebärmutterentzündung nicht infolge einer Infektion durch Mikroben, sondern auf Grund einer allgemeinen konstitutionellen Erkrankung auftritt.

Derartige Pseudometritiden, die aber alle Symptome wahrer Metritiden zeigen, wie Leukorrhöe, Menorrhagie, Schmerzen etc., können sich oft auf arthritisch-nervöser Grundlage entwickeln. In anderen Fällen beobachtet man krankhafte Erscheinungen von seiten der Gebärmutter, die keineswegs auf einer wirklichen Erkrankung derselben beruhen, sondern auf der Erkrankung eines benachbarten Organs. Man kann im allgemeinen sagen, dass fast alle akute oder chronische Erkrankungen des Organismus das weibliche Genitale beeinflussen und zu sog. falschen Genitalerkrankungen Veranlassung geben können. Es gibt sogar Fälle, wo die krankhafte Affektion

von seiten des Genitales das erste in Erscheinung tretende Symptom einer anderweitigen Erkrankung darstellt, wie z. B. die Metrorrhagie der Pubertät, welche infolge einer Stenosis der Mitralis auftritt. Die gynäkologische Diagnose muss also in allen Fällen nicht nur eine lokale, sondern auch eine kausale sein. Umgekehrt muss bei Frauen immer beim Feststellen einer Allgemeinerkrankung die Möglichkeit, dass dieselbe die Folge einer Uterinerkrankung sein könnte, ins Auge gefasst werden. — E. Toff - Braila.

Seltene Ovarialveränderungen. Ovarium gyratum und Adenofibroma intracaniculare ovarii. Von Dr. L. Adler - Wien. Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie.

Zuerst gibt Verf. die genaue Krankengeschichte und histologische Untersuchung von 2 Fällen von Ovarium gyratum. In einem derselben bestand daneben Aszites, der keine sonstige Erklärung fand. Es handelte sich in beiden Fällen um ältere Frauen. Histologisch fand sich im Ovarium jedesmal ein entzündlicher Herd. Ausserdem war das Rindenstroma der Ovarien gleichmässig vermehrt und hatte sich infolge der Oberflächenvergrößerung in Falten gelegt. Das Keimepithel war an der Wucherung nur soweit beteiligt, als es zur Bekleidung der vergrößerten Oberfläche notwendig war. Daneben bestand eine ausgesprochene Atrophie resp. ein Übergang des gesamten Follikelapparates, welcher selbst für klimakterische Ovarien auffällig war. Die Faltenbildung an der Oberfläche erklärt Verf. als eine Disharmonie im Mengenverhältnis von Rinde und Mark. Ätiologisch handelt es sich wohl um einen erworbenen Zustand, als dessen Ursache vielleicht der in allen Ovarien vorhandene Entzündungsprozess aufzufassen ist.

Hierauf beschreibt Verf. einen Fall von Adenofibroma intracaniculare ovarii bei einer 37 jährigen Frau. Es bestand links eine orangengrosse Parovarialkyste, der das um das Doppelte vergrößerte Ovarium anlag.

Fast das ganze Ovarium erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als in ein Adenofibroma intracaniculare umgewandelt, nur vereinzelte Primordialfollikel in der Peripherie deuteten darauf hin, dass man es mit dem Ovarium zu tun hatte. —

Weisswange - Dresden.

Über Scheidenverletzung, hervorgerufen durch Beischlaf.

Von Dr. Heinrich Rottler - Budapest. Gyn. Rundschau 1907, H. 11.

Verletzungen des Hymens beim ersten Beischlaf sind zwar nicht unbedingt und immer vorhanden, gelten aber in den gewöhnlichen Dimensionen als unschädlich und heilen ohne besondere Massnahmen durch Epithelbildung über den Wundflächen. Es kommen aber doch nicht so selten grössere und schwerere Verletzungen vor, von denen der Verf. hier drei schnell hintereinander im dortigen Hospital vorgekommene Fälle veröffentlicht, die wir nachstehend kurz skizzieren wollen.

I. 37 jähriges Mädchen mit hochgradiger Anämie, die angibt, dass sie nach dem morgens in Rückenlage ausgeübten Koitus blute. Sie war nie schwanger und hat seit frühester Jugend (!) fleissig koitiert. Im hintern Scheidengewölbe findet sich eine etwa 8 cm lange halbmondförmige Wunde, die scharfrandig klafft, durch die ganze Dicke der Scheidenwand geht und stark blutet. Bauchfell intakt. Tamponade bringt die Blutung zum Stehen; unter Spülung und Tamponade heilt die Wunde in 8 Tagen.

II. Koitus a tergo mit Gewalt bei 20 jährigem Mädchen erzwungen. An der hintern Scheidenwand ein 3 cm langer bis ans Peritoneum durchdringender querer Riss. An der vordern Scheidenwand nichts. Tamponade, Heilung.

III. 31 Jahre, 2 maliger Koitus kurz hintereinander, Fieber. An der vordern Scheidenwand ein in der Mitte beginnender und nach links und abwärts ziehender 6—7 cm langer Riss, mit zackigen Rändern, lediglich auf die Scheidenwand beschränkt. Desinfektion, Tamponade, Heilung.

Bei den folgenden ausführlichen Auseinandersetzungen über die gerichtliche Bedeutung von Scheidenrissen bemerkt Verf., dass Hofman's und Maschka's Ansicht: nach dem bereits vorliegenden Material könne man mit Sicherheit behaupten, dass Notzuchtsakte niemals eine Fornixverletzung hervorrufen, dass vielmehr diese Art von Verletzung durch eine gesteigerte sinnliche Erregung des koitierenden Weibes zustande komme, nicht seiner Ansicht entspreche.

Es gehe nicht an, bei Fornixruptur einfach Stuprum auszu-schliessen, da bei besonderer Prädisposition der weiblichen Genitalien und Brutalität des Mannes bei Ausführung des Koitus die Möglichkeit doch vorliege. Im zweiten der veröffentlichten Fälle sei Stuprum sicher; die Prädisposition liegt einerseits in einer bestehenden starken Retroflexio, andererseits in dem Koitus a tergo.

Im ersten Falle spielt die senile Involution der Scheide, im dritten eine durch mehrmonatliche Abstinenz gesteigerte sexuelle Erregbarkeit die disponierende Rolle. — B o h n - Breslau.

Gehirnhämorrhagie infolge von Prolapsus uteri. Editor's Report. The hospital, 6. Juli 1907, pag. 370.

Man vergisst bisweilen, dass renale Fibrosis, hervorgerufen durch aufsteigende chronische Nephritis, genau dieselben Resultate herbeiführen kann, wie eine gewöhnliche granuläre Niere. Die chronische aufsteigende Nephritis ist sehr versteckt in ihrer Entstehung. Sie geht ganz allmählich aus irgend einer Veranlassung hervor, durch welche eine Obstruktion des Urinabflusses aus dem Ureter erzeugt werden kann. Es ist dies eine gänzlich von der sog. chirurgischen Niere verschiedene Läsion, bei welcher der Krankheitsprozess auch ein aufsteigender ist. Bei der rein chirurgischen Niere ist die aufsteigende Nephritis eine suppurative und die Symptome sind akute. Bei der chronischen aufsteigenden Nephritis besteht keine Eiterung, sondern eine allmähliche Ersetzung der Nierensubstanz durch fibröses

Gewebe, bis zuletzt eine feste, starre und knotige Masse entsteht, die eine granuläre Oberfläche aufweist, wenn man die Kapsel durchtrennt.

Es scheint auf den ersten Blick ein weiter Schritt, den Uterusprolaps mit einer Gehirnhämorrhagie in Verbindung bringen zu wollen, als Ursache und Wirkung. Aber es lässt sich mehr als ein Beispiel von einem bestehenden Zusammenhang herausfinden. Der prolabierte Uterus zieht mit sich die Blase und die unteren Enden der Ureteren herab. Der letztere wird verbogen oder geknickt, an einer ungefähr einen Zoll von ihrem Eintritt in die Blase entfernten Stelle. Die Folge ist eine Obstruktion des Ausflusses des Urins durch den Ureter und diese Obstruktion reicht manchmal hin, ganz heimlich eine progressive fibrotische Nephritis zu erzeugen. Die Folge der Nierendegeneration ist dann dieselbe wie bei der primären granulären Niere. Der linke Ventrikel wird erweitert, die Arterien degenerieren und der Blutdruck wird erhöht. Unter den degenerierenden Blutgefäßen befinden sich auch die dem Gehirn zuführenden. Der hohe Blutdruck bringt eines derselben an seiner geschwächtesten Stelle zum Zerreißen und die Patientin bekommt eine Hirnblutung, die sie wahrscheinlich nicht bekommen würde, wenn sie nicht seit langem an Uterusprolaps litte.

Glücklicherweise sind diese Vorkommnisse nicht gerade häufig, wohl deshalb, weil der Ureter sich an die Lageveränderung gewöhnt, ohne obstruiert zu werden. Nichtsdestoweniger muss der unbezweifelbare Zusammenhang von fibrotischer Niere und Tod durch Apoplexie uns Veranlassung dazu geben, alles daran zu setzen, einen Uterusprolaps zu beseitigen. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über die Wechselbeziehungen zwischen dem Ovulationsvorgang inklus. der Menstruation und inneren Krankheiten. Von Dr. Riebold. Münch. med. W., Nr. 38, 17. September 1907, pag. 1868 und Nr. 39, 24. September 1907, pag. 1935.

Verf. skizziert seinen Standpunkt dahin, dass mit der streng periodisch sich vollziehenden Ovulation gewisse Sekrete in den Kreislauf gelangen, welche unter physiologischen Verhältnissen einmal eine Steigerung der nervösen und psychischen Reizarbeit und dann eine Steigerung des Blutdrucks und der vitalen Energie, eine allgemeine Erhöhung der Stoffwechselvorgänge, eine damit einhergehende, stärkere Hyperämisierung der inneren Organe und einen regeren Säfteaustausch bedingen.

Meist aber folge die Menstruation jenen mit der Ovulation einhergehenden Vorgängen um einen oder mehrere Tage nach. Alle jene Vorgänge aber, welche mit der Uterusblutung als solcher gar nichts zu tun hätten, könnten auch vollständig unabhängig von ihr auftreten. So erörtert er zuerst den Zirkulationsapparat, bei denen sich nervöse Störungen ohne anatomisches Substrat einstellen könnten, Herzklopfen sowohl als auch Tachykardie. Häufiger aber treten Störungen der Herztätigkeit durch die Ovulation bei wirklich Herzkranken auf, Kompensationsstörungen und selbst Embolien. Bekannt

und durchaus verständlich ist die Neigung zu Blutungen während der Menstruation, häufiger aber als die wirklichen vikariierenden Blutungen sind hierbei die vom Verf. als Mitblutungen bezeichneten Symptome. Blutungsquellen der Art sind Lunge, Magen, Darm, Nase, Zahnfleisch, Gehörgang, Glaskörper etc. Auch sekretorische Störungen werden beobachtet, die man früher als durch Reflexwirkung bedingt auffasste: Schnupfen, Speichelfluss, Schweiß; desgleichen Hautaffektionen, Neuralgien, rheumatoide Schmerzen, Schmerzen in der Milzgegend, Kopfschmerz, Stimmalteration etc. Menstrueller Ikterus beruht nach Senator auf vikariierender Leberhyperämie. Gallenstein- und Nierensteinkoliken kommen prämenstruell vor, gleichfalls Verdauungsstörungen, Perityphlitis hysteroneurotischer Art, aber auch Rezidive echter Typhlitis, nervöse und psychische Reizzustände, die sich bei Psychopathen bis zum Tentamen suicidii steigern können; Chorea und epileptische Zustände erfahren eine Steigerung, Migräne und tabische gastrische Krisen treten auf, Strumen schwellen an. —

Über das prämenstruelle Fieber führt Verf. das Nachstehende aus. Prämenstruelle Temperatursteigerungen bei tuberkulös und gynäkologisch kranken Frauen waren bisher schon bekannt. Der Verf. hat nun nachgewiesen, dass bei Frauen, die irgend einen Krankheitsherd oder ein Depot toxischer, resorbierbarer Substanzen in sich tragen, prämenstruell fiebern können, nie aber völlig gesunde Frauen. Mit der menstruellen Blutung hat dieses Fieber nichts zu tun, es wird daher auch besser als ovariell oder als Ovulationsfieber bezeichnet. Menstruation und Ovulationsfieber sind koordinierte Folgeerscheinungen der Ovulation. Dieses Fieber kann selbstredend auch bei Amenorrhöe auftreten.

Daneben gibt es aber auch Ovulationsfieber ohne ersichtlichen Krankheitsherd, die ein ganz charakteristisches, immer gleiches, nur in der Schwere wechselndes Bild darstellen. Es handelt sich dabei um junge Mädchen. An das Auftreten des Fiebers schliessen sich alsbald das Gefühl von Mattigkeit, Apathie, Kopfweh, Gliederschmerzen, Leibschmerz, Appetitmangel, Verstopfung, bisweilen Erbrechen (typhöser Eindruck), rheumatoide Erscheinungen, Gelenkanschwellung, die bisweilen in gewissem Grade stabil werden können, Herzerscheinungen, Parotitis etc. In der Zwischenzeit sind derartige Kranke völlig gesund.

Verf. stellt nun die folgende These auf: Das Krankheitsbild ist völlig klar und exakt. Entweder handelt es sich doch um einen versteckten Krankheitsherd und dann müsste etwa eine polyarthritische Krankheit vorliegen, oder aber die Quelle der Krankheit ist im Ovarium zu suchen.

Neben dem Ovulationsfieber gibt es auch ein Intermenstrualfieber, welches seine Analoga in dem Mittelschmerz, den Intermenstrualpsychosen und den Intermenstrualblutungen findet.

Zweierlei, sagt der Verfasser, haben alle bisher besprochenen krankhaften Störungen miteinander gemein, 1. sie sind sämtlich auf die Ovulation bzw. eine periodisch sich vollziehende sekretorische Tätigkeit der Ovarien geschlechtsreifer weiblicher Individuen zu be-

ziehen und 2. sie finden sich nur bei kranken Individuen, die demnach zur Zeit der Ovulation d. h. meist in der Prämenstrualzeit besonders gefährdet und deshalb schonungsbedürftig sind.

Auch betont der Autor, dass auch der Menstruation d. h. der Uterusblutung selbst eine gewisse Bedeutung in der Pathogenese innerer Krankheiten zukommt.

Durch Resorption von toxischem bzw. infektiösem Material aus den menstruierenden Genitalien können fieberhafte Zustände und ähnliche krankhafte Erscheinungen hervorgerufen werden. Ferner ist in den letzten Tagen der Menstruation die Widerstandskraft des weiblichen Organismus herabgesetzt, so dass die Frauen zu verschiedenen Erkrankungen infektiöser Natur (Angina, Influenza etc.) mehr disponiert sind. —

Umgekehrt scheint die strenge Periodizität der funktionstüchtigen Eierstöcke geschlechtsreifer Individuen durch irgendwelche Störungen der Gesundheit nicht beeinflusst zu werden. Anders liegt es, wenn die Ovarien durch konsumierende Krankheiten (Phthise etc.) selbst dystrophisch werden. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über die Zahl der Ova im Graaf'schen Follikel. Von Dr. J.

E. Welch-New York. Bulletin of the Lying in Hospital. Vol. III. Nr. 4, 1907.

Der Verf. berichtet über einen interessanten Fall, bei dem sich die Gelegenheit zur Feststellung bot, dass sich 2 Ova in demselben Graaf'schen Follikel vorfanden. Manche Histologen nehmen an, dass nur ein Ei strukturell vollkommen zur Entwicklung gelange. Wenn man jedoch theoretisch die Art dieser Entwicklung betrachtet, so besteht kein Grund zu der Annahme, dass sich nicht mehr als 1 Ei entwickeln könne. So bildet denn die W.'sche Publikation eine schöne Illustration der Richtigkeit dieser Voraussetzung bezüglich der menschlichen Frau. In dem W.'schen Falle lag das eine Ei nahe der Oberfläche, das andere in der entgegengesetzten Richtung, nach dem Innern des Eierstockes zu. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zur Wirkung der Uterusexstirpation auf die Keimdrüse.

Von Professor Dr. Sellheim. Z. f. Gyn., No. 24, 1907, pag. 709.

Seitens zahlreicher Autoren wird die Uterusexstirpation resp. die Abtragung der Légröhre bei Hühnern, die bei diesen Tieren dem menschlichen Uterus entspricht, der Kastration in ihrer Wirkung gleichgesetzt. Rauscher's klinische Untersuchungen sprechen aber gegen das Auftreten von Ausfallerscheinungen. Verf. hat nun bei Hühnern nachgeprüft und einwandsfrei festgestellt, dass die Entfernung des Legdarmes keine schädliche Wirkung auf die Funktion des Eierstocks ausübt. Bleiben Reste der Légröhre zurück, so produziert die Henne Eier, die sie statt nach aussen nun in ihre eigene Bauchhöhle legen muss. Dabei stirbt sie, falls sie nicht durch Laparotomie von dem Fremdkörper befreit wird. Dass durch die Legdarmresektion die sekundären Geschlechtscharaktere, Bartläppchen,

Kämme, Sporen, Gefieder, Stimme, Benehmen gegen das andere Geschlecht verändert werde, bezeichnet Verf. als reines Phantasiestück. Den Irrtum seiner Vorgänger bringt er mit den physiologischen Veränderungen in Zusammenhang, die sich im Leben des weiblichen Huhns wie bei allen Organismen periodisch zeigen. Schrumpfen auch anfangs unter der Einwirkung des energischen Eingriffs die Eierstöcke ein wenig, so kehren sie doch alsbald zur Norm zurück. Man möge daher nicht voreilig bei der menschlichen Frau nach Totalexstirpationen des Uterus von Ausfallerscheinungen reden. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Menstruation ohne Ovarien. Von Dr. G. Gellhorn - Washington University, St. Louis (Mo. U. S. A.). Z. f. Gyn., Nr. 40, 1907, pag. 1195.

Verf. veröffentlicht 2 Fälle, aus denen hervorgeht, dass unter gewissen Umständen auch ohne die Anwesenheit von Ovarien die Menstruation fortbestehen kann.

Im ersten Fall wurden die Ovarien radikal entfernt und die Abwesenheit eines dritten Ovariums festgestellt, trotzdem blieb die Menstruation 17 Monate lang bestehen und zwar wurde sie trotz bestehender Uterusatrophie unterhalten durch den Reiz, den 3 Adhäsionsstränge hervorriefen, die das Blut vom Netz zum Uterus leiteten. Erst nach deren Durchschneidung hörte die zyklische Blutung auf, um überhaupt nicht mehr wieder zu kehren.

In dem 2. Falle waren die linken Adnexe bei der Operation nicht zu finden, man musste sich daher mit der Exstirpation der rechten, Ventrosuspensio und Entfernung der Anhänge begnügen. Hernach hatte Patientin unter Darreichung von Eierstockssubstanz 2 Blutungen, bei Aussetzen derselben aber keine mehr. Dagegen trat aufs neue Menstruation ein, wenn wieder Ovarientabletten dargereicht wurden. Die unser Leben bestimmende Wellenbewegung beginnt schon mit der Geburt und besteht über das Erlöschen der Periode beim Weibe fort. Der Eierstock ist also nicht die Ursache, sondern nur der „Agent provocateur“ der Wellenbewegung, deren Höhe eben durch die Menstruation bezeichnet wird. —

F r e u d e n b e r g • Dresden.

Die Behandlungsweise nach Bier in der Gynäkologie. Von Dr. N e n a d o v i c s, Franzensbad. Gyn. Rundschau, 07, H. 9.

Die in der Tiefe des Beckens gelagerte Gebärmutter und die Anhänge sind nicht ohne weiteres denselben Gesetzen der Stauungsbehandlung unterzuordnen wie andre Organe, weil die übliche Form der Stauungshyperämie durch Succio hervorzurufen nicht angängig ist. Wir wissen noch nicht wie hoch sich die Stauungshyperämie auf die Beckenorgane erstreckt. Alle akuten und infektiösen Frauenkrankheiten bilden für mechanische Eingriffe, also auch für die Succio, ein Nolimetangere. Dagegen ist ja die aktive Hyperämie bereits seit langer Zeit ein wohl bekanntes und geübtes Verfahren der Hydrotherapeuten. Nur nennt sie sich dort Heissluft-, Thermalbäder- oder Kataplasmenbehandlung. Eine Verbindung von aktiver

und passiver Hyperämie erreicht man mit dem vom Verfasser verbesserten Irrigationsspekulum nach Morozoff, durch welches ein Heisswasserstrom durch eine enge Glasröhre einströmt und durch eine weitere das Spekulum und damit die Scheide verlässt, zugleich eine Saugung ausübend nach bekannten physikalischen Gesetzen. Daneben kann noch eine rhythmische Luftsaugung als Biersches Verfahren bezeichnet werden, diese natürlich niemals bei akuten oder infektiösen Prozessen.

B o h n - Breslau.

Beitrag zur Bier'schen Stauung. Von Dr. Paul. Z. f. Gyn., No. 24, 1907, pag. 705.

Verf. berichtet über die Behandlung der Mastitis in der Dresdener Frauenklinik. Sieben Frauen wurden gestaut, alle mit dem besten Erfolge. Vier Mastitiden und eine Phlegmone wurden in spätestens 2 Tagen kupiert — ohne Inzision und Rezidiv. Bei einer intrakanalikulären Mastitis und einer Gasphegmone wurde nach einer Inzision der Wundverlauf auf das günstigste gestaltet. Nach der Stauung wurden in den meisten Fällen nasse, essigsäure Ton-erdeverbände oder Alkoholpriessnitz gegeben, im Gegensatz zu Bier, der trockene Verbände empfiehlt. Öfter als zweimal an einem Tage ist eine Brust nie gestaut worden. Stauungsdauer je 5 Minuten, nach je 2—5 Minuten 3—4 mal Wiederholung. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zur Behandlung der Dysmenorrhöe. Von Dozent Oberarzt Dr. Polano. Münch. med. Woch., 27. August 1907, pag. 1731.

Verf. bespricht die verschiedenen ätiologischen Faktoren bei der Dysmenorrhöe und betont die nicht seltene absolute Wirkungslosigkeit aller internen und chirurgischen Behandlungsmethoden. Für solche Fälle empfiehlt er eine neue, recht einfache Therapie, die von der Annahme eines Antagonismus zwischen Mamma und Uterus ausgeht.

Die Mehrleistung eines dieser beiden Organe beeinträchtigt die physiologische Leistungsfähigkeit des anderen längere oder kürzere Zeit, wie dies die bekannten Verhältnisse in der Schwangerschaft und im Wochenbett beweisen. Da wir nun die Menstruation als einen Vorgang auffassen müssen, der durch die biologischen Kräfte des Eierstocks ausgelöst wird, lag es nahe, die krankhaften Formen der Menstruation, vor allem die Dysmenorrhöe, durch künstliche Anregung der Brustdrüse in ihrer Intensität herabzusetzen. Jede physiologische Arbeit eines Organs ist abhängig von der Blutversorgung. Die künstliche Hyperämie ermöglicht am einfachsten eine Mehrleistung.

Verf. hat aus diesem Grund in dem letzten Jahr eine grössere Anzahl von Frauen und Mädchen, die an Dysmenorrhöe litten, in der poliklinischen Sprechstunde nach diesen Grundsätzen behandelt und mehrfach gute Erfolge gesehen. Das Verfahren ist sehr einfach. Einige Tage vor erwartetem Eintritt der Periode wird den Patienten auf jede Brustdrüse das von der Bierschen Mastitis-

behandlung her allgemein bekannte K l a p p s c h e Saugglas gesetzt, dessen Rand zum besseren Abschluss eingefettet wird. Die Luft wird durch Ansaugen mit einer Spritze unter Verwendung des bekannten Doppelhahns so lange verdünnt, bis die Mamma stark vorquillt und die Patientin ein stärkeres Ziehen verspürt, das sich aber nicht bis zur Schmerzempfindung steigern darf. Die Glasglocken bleiben am besten eine halbe Stunde unter einmaligem Ab- und Neu-aufsetzen liegen, häufig genügt auch eine Viertelstunde. Dies Verfahren wird einige Tage vor Beginn der Periode begonnen und möglichst bis zum letzten Tage der Menstruation durchgeführt. Die Brustdrüse behält noch stundenlang hinterher eine deutliche Hyperämie und eine eigentümliche Fülle, die besonders zutage tritt, wenn man nur eine Mamma staut. Diese letzte Erscheinung dauert nach Abbruch einer längeren Behandlung noch tagelang an. Der Einwand, dass es sich bei diesem Verfahren um reine Suggestion handelt, läge auf der Hand, wenn nicht ein anderes objektiv nachweisbares Symptom häufiger zur Beobachtung käme, das den Einfluss der Brustdrüsenstauung auf die Menstruation wohl unzweifelhaft beweist und das sich in den drei Krankengeschichten, die der Verf. beibringt deutlich macht, nämlich eine Verkürzung der Dauer und quantitative Verringerung der Menstruation.

Als der Verf. mit seinen diesbezüglichen Versuchen bereits beschäftigt war, kam ihm durch Zufall eine Schrift von C. B u t t e n - s t e d t - Berlin in die Hand, die sich „die Glücksehe“ betitelt. B. empfiehlt ein Präventivverfahren, welches darauf hinausläuft, dass der Mann am besten 3 mal täglich! an den weiblichen Brüsten saugt. Aus den mitgeteilten Berichten von Anhängern dieser Methode geht für die beregte Frage hervor: 1. dass bei selbst virginellen Personen durch Saugen an den Brustwarzen beträchtliche Milchsekretion hervorgerufen werden kann, 2. dass diese Personen lange Zeit ihre Periode verlieren können, ohne gravid zu sein, 3. dass Dysmenorrhöe hierbei schwindet. Mechanisch kommt dies auf das Gleiche heraus wie das Verfahren des Verfassers und scheint auch klinisch eine ähnliche Wirkung zu haben.

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ein Ersatz für Gummihandschuhe. Von Dr. W e d e r h a k e.
Z. f. Gyn., No. 25, 1908, pag. 757.

Verf. empfiehlt statt der Handschuhe eine Jodkautschuklösung, welche nach den Angaben des Verf. von der Fabrik chemischer Verbandstoffe Dr. Degen und Kuth in Düren erzeugt wird.

Die chemische Zusammensetzung dieser durch ein eigenartiges Verfahren hergestellten Jodkautschuklösung muss erst durch weitere eingehende Untersuchungen festgestellt werden.

Nachdem man die Hände durch eine Desinfektionsmethode von Keimen befreit hat — als sehr brauchbar hat Verf. die Entkeimung der Hände und des Operationsfeldes auf trockenem Wege durch eine Lösung von 1,0 Jod auf 1000,0 Tetrachlorkohlenstoff empfohlen *) —,

*) W e d e r h a k e, Über eine einfache, trockene Entkeimungsmethode der menschlichen Haut. Zentralbl. f. Chir. 1907, No. 23.

trägt man die Jodkautschuklösung durch waschende Bewegungen sorgfältig auf alle Teile der trockenen Handoberfläche auf, indem man besonders die Nagelgegend berücksichtigt. Ein teurer Apparat, wie z. B. beim Gebrauch des Gaudanins, ist nicht erforderlich. Die entstehende Kautschukdecke ist so fein, dass sie kaum zu sehen ist. Sowie die Lösung an die Haut getrocknet ist, was ziemlich schnell geschieht, klebt der Kautschuk nicht mehr.

Durch einfache mechanische Manipulationen kann die Kautschukdecke nicht wieder entfernt werden, es sei denn, dass man kautschuklösende Mittel hierzu verwendet. Als solches ist besonders der Tetrachlorkohlenstoff zu empfehlen. — Das Gefühl wird durch die dünne Decke in keiner Weise beeinträchtigt. Der Preis der Lösung ist so mässig, dass er der allgemeinen Verwendung in keiner Weise im Wege steht. Da zur Lösung des Kautschuks der Tetrachlorkohlenstoff verwendet worden ist, so hat sie vor dem Gaudanin den Vorzug, nicht feuergefährlich zu sein, was beim Gebrauch im Privathause gewiss nicht zu unterschätzen ist. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.



Referate über Geburts- und Säuglingspflege.

Über schmerzlose Geburtswehen. Von Dr. Bruno Wolff in Berlin. Arch. f. Gynäk. Bd. 78.

Es wird über eine 2 Tage dauernde schmerzlose Geburt bei einer 28 jährigen Primipara berichtet, bei der zuletzt die Zange angelegt werden musste. Weder in Anamnese, noch Befund, noch bei der Beobachtung während eines halben Jahres konnte eine Erkrankung des Nervensystems festgestellt werden. Die Frau empfand keine Spur von Wehenschmerz. Bemerkenswert war ferner das vollständige Ausbleiben der reflektorischen Bauchpresse.

Verf. hält den Partus insensibilis für häufiger, als es nach den spärlichen Fällen in der Literatur erscheinen könnte. Bei einem Teil der Sturzgeburten soll es sich um Fälle von fehlendem Wehenschmerz handeln. Vielleicht ist die Schmerzlosigkeit der Wehen ein Frühsymptom der Myelitis oder Tabes; vielleicht handelt es sich um eine besonders grosse Dehnbarkeit infolge eigenartiger Beschaffenheit der Genitalorgane. Das Ausbleiben der Bauchpresse bei solchen Geburten beweist, wie diese von dem intensiven Reiz des Wehenschmerzes abhängt.

L a n g e - Posen.

Über die interstitielle Tubargravidität auf Grund von drei selbst beobachteten Fällen. Von Albert Wagner-Stuttgart. Arch. f. Gynäk. Bd. 78.

Zwei Fälle betreffen Präparate, die durch Operation resp. Ob-

duktion gewonnen waren. Im dritten Falle bestand ein wurstförmiger Tumor an der Stelle der linken Tube. Nach 5 Monaten wurde ein wurstförmiges Ei (entsprechend dem 3.—4. Monat) mit einer Schnürfurche ausgestossen; darauf war der oben erwähnte Tumor verschwunden. Verf. deutet dieses als Ausstossung eines tubo-uterinen, interstitiell gelegenen Schwangerschaftsproduktes. Ein solcher Vorgang fordert dazu auf, nicht immer bei diesem abnormen Sitz des Eies Laparotomie zu machen, sondern nach Walcher das Ei vom Cavum uteri aus zu entfernen. Lange - Posen.

Über Fehlgeburten. Von Dr. Hall. The american journ. of obstetr. etc. Januar 1907.

Bei der Beantwortung der Frage, ob ein Abort zu vermeiden ist, kommen 3 Punkte in Betracht: 1. die Art der Schmerzen, 2. die Durchgängigkeit der Zervix, 3. die Blutmenge.

Sind die Schmerzen gering und treten sie selten auf, so ist durch die übliche Behandlung evtl. eine Fortdauer der Schwangerschaft zu erzielen. Ist die Zervix erweitert, so dass man mit dem Finger das Ei erreicht, so tritt in der Regel Abort ein. Bei starkem Blutverlust soll die Vagina tamponiert werden, selbst auf die Gefahr, dass auf diese Weise der Abort befördert wird.

Verf. ist möglichst für digitale Ausräumung; nach der Ausspülung bei ausgeräumtem septischen Abort führt er einen Gazestreifen als Drän in den Uterus ein. Samuel - Posen.

Eine Sturzgeburt mit Verletzung der Vulva. Von Dr. Ruppauer, Basel. Gyn. Rundschau, Nr. 10.

Die 19 jährige Schwangere will keine Ahnung von einer bestehenden Schwangerschaft gehabt haben. Auf dem Abort wurde sie vom Beginn der Geburt überrascht, wollte nach ihrem Zimmer gehen und gebar auf dem Hausflur in hockender Stellung. Nachher starke Blutung. Das Mädchen ist gesund und kräftig, die Plazenta vollständig, der Uterus gut zusammengezogen; das Kind ist frühreif ohne Verletzung. Damm intakt, selbst das Frenulum vollständig. Auf der Innenseite der linken kleinen Schamlippe findet sich ungefähr in der Mitte ein Riss der bis an den Scheideneingang reicht; an entsprechender Stelle ist die rechte kleine Schamlippe quer durchgerissen. Von der Basis dieses Risses am Scheidenmund verläuft ein zweiter Riss, welcher sich auf die Innenseite der grossen Schamlippe nach oben hin bis in den Mons Veneris erstreckt. Blutung besteht nicht, Harnröhre und Klitoris unverletzt. Naht und gute Heilung. Ursache vielleicht in der Geburtsstellung zu suchen. Bohn - Breslau.

Spontane intrauterine Zerreissung der Nabelschnur bei abnormer Kürze derselben. Von Prof. Dr. H. Walther, Giessen. Gyn. Rundsch. 07, Nr. 10.

Die spontane intrauterine Zerreissung der Nabelschnur und zwar ohne jeden verursachenden operativen Eingriff, noch dazu wegen abnormer Kürze derselben, ist ein recht seltenes Ereignis. Die 28-

jährige Erstgebärende, welche bereits in der Schwangerschaft über aussergewöhnlich heftige Beschwerden und ziehende Schmerzen im Leibe klagte, die sich durch nichts mildern liessen, bekam 8 Wochen vor normaler Zeit die ersten Wehen. Die Hebamme stellt die Diagnose auf komplizierte Steisslage und nach zweitägigem Warten wird der Arzt gerufen. Muttermund geöffnet, Wehen gut, aber doch kein Fortgang. Diagnose: Zwillinge in erster Lage. Erster Zwilling wird mit der Zange lebend entwickelt. Zweites Kind nach einiger Zeit spontan in Steisslage geboren, vorher aber heftige Blutung. Nabelschnur schräg abgerissen, Kind aber lebend und nicht anämisch, durch eine Reihe von interessanten Missbildungen, Verschluss des Anus, spina bifida etc. ausgezeichnet. Tod erst nach mehreren Stunden. Die ganze Nabelschnur war knapp 12 cm lang. Nach Ahlfeld ist eine absolute Verkürzung unter 25 cm eine grosse Seltenheit. Von forensischer Bedeutung ist in solchen Zerreisungsfällen besonders das Aussehen des Stumpfes, der treppenartig mit zurückgezogenen Venen und heraushängenden Arterien aufgebaut erscheint. Die abnorme Spannung solcher Verkürzungen führt zu Störungen der Zirkulation und belastet die Prognose für das Kind erheblich. Je später die Zerreissung erfolgt, desto günstiger ist es. Häufig führt abnorme Verkürzung zu einer vorzeitigen Lösung der Nachgeburt.

B o h n - Breslau.

Experimentelles zur Anwendung des Suprarenins in der Geburtshilfe. Von Dr. Maximilian Neu, Assistent der Klinik zu Heidelberg. Gyn. Rundsch. 07, H. 12.

Die wirksame Substanz der Nebennieren wurde zuerst von Takamine als reiner Körper unter dem Namen Adrenalin dargestellt. Neuerdings gelang es F. Stolz dasselbe im Laboratorium der Höchster Farbwerke synthetisch darzustellen. Das ist ein grosser Fortschritt, besonders auch in den Augen derer, welche aus tierschützerischen Gründen den Organpräparaten mit wenig Sympathie entgegentraten. Die neue Substanz ist in jeder Richtung durchaus identisch mit der ursprünglichen.

Das erregende Gift wirkt auf den Uterus durch den Reiz der uteromuskulären plus vasomuskulären Komponente. Besondere Vorteile waren von der Verwendung für Operationen des schwangeren Uterus zu erwarten. Verfasser stellte die vorzüglichen Eigenschaften durch Voruntersuchungen fest, um dem Kaiserschnitt eventl. neue Chancen der Sicherheit verleihen zu können. Denn noch sind die Methoden der Blutstillung, die bisher zur Verfügung standen, wenig vertrauenswürdig. Am 26. 3. 07 kam nun eine Frau mit Osteomalakie zur Entbindung in die Klinik, mit 5½ c. vera, ohne Infektion. Bei der Vornahme der Sektio wurde nach Hervorwälzen des Uterus sofort eine Spritze Suprarenin, 1 : 10000 in drei Einstichen quer über die vordere Uteruswand verteilt vorgenommen. Sofort richtet sich der Uterus auf, wird blass und hart. Eröffnung, wobei der Sitz der Plazenta getroffen wird; nur hierbei Blutung. Typische Entfernung des Uterus, glatter Verlauf, Heilung. Die Operation verlief unter fast völliger Blutleere.

B o h n - Breslau.

Über Adrenalinwirkung bei Osteomalakie. Von Dr. v. Velits. Z. f. Gyn., Nr. 29, 1907, pag. 904.

Verf. hat nach Bossi's Rat zwei Patientinnen mit Adrenalin behandelt, mit demselben englischen Präparat, dessen sich vermutlich auch Bossi bediente. Beide waren durch die Osteomalakie bereits hochgradig herabgekommen, eine sogar schon phthisisch. Schwanger war keine derselben. Zur Behandlung wurde der subkutane Weg gewählt. In seinen Hoffnungen, dass sich das Mittel gegen die Osteomalakie als heilsam erweisen werde, sah sich Verf. bitter enttäuscht; dagegen traten bei der Anwendung desselben gefährliche Herzerscheinungen auf. Ob diese der Bossi'schen Beobachtung entgegengesetzte Wirkung doch auf einer Verschiedenheit des Präparates beruht oder aber auf dem Umstand einer vorhandenen resp. nicht vorhandenen Gravidität, wagt Verf. nicht zu entscheiden. Bei nicht graviden Osteomalakischen aber warnt er vor dem Gebrauch von Adrenalin. Im übrigen scheint dem Verf. in dem Bossi'schen Falle die Möglichkeit einer Suggestion nicht ausgeschlossen. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. von Velitz: „Über Adrenalinwirkung bei Osteomalakie. Von Dr. Ne u, Heidelberg. Z. f. Gyn., H. 38, 1907, pag. 1129.

Verf. führt aus, dass die bisher zur medikamentösen Behandlung der Osteomalakie verwandten Adrenalingaben zu hoch, daher nicht ungefährlich gewesen seien, wie dies v. Velitz' Fälle dartäten. Es bestehe die Gefahr von Nebenwirkungen gegenüber dem Herzen, besonders bei marastischen Personen, und gegenüber den Lungen, falls die Osteomalakie durch Tuberkulose kompliziert sei. Für osteomalakische Gravidae komme das Bedenken einer Uterusreizwirkung. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ein schwerer Fall von Osteomalakie geheilt durch Adrenalineinspritzungen nach der Methode Bossi. Von Dr. T a n t u r r i. Z. f. Gyn., Heft 35, 1907, pag. 1028.

Die Details dieses sehr eingehend geschilderten Falles müssen im Original eingesehen werden. Wir bemerken hier nur, dass zu den Adrenalineinspritzungen nicht das englische Präparat, sondern Hämostasine (1:1000) aus dem Instituto siero-terapico Milanese verwendet wurde. Die Einspritzungen dauerten nur vom 23.—29. März 1907 und wurden dann zum weiteren Ausbau der rasch eingetretenen Besserung nur mehr Phosphorölinjektionen gemacht. Hämostasine wird in dem genannten Institut von Prof. Dr. Belmonte hergestellt. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Behandlung der Darmblutungen der Neugeborenen mit Adrenalin. Von Dr. Champetier de Ribes und D a v e r s i n. Soc. d'obstétr., de gyn. et de péd. (15. April 1907). Bespr. Rev. de thér. méd et chir. (15. August 1907, pag. 574).

Ch. d. R. und D. berichten über ihre Untersuchungen an 3

Neugeborenen, die an intestinalen Hämorrhagien litten. Die Blutungen wurden durch Adrenalinanwendung gestillt. Die Verff. injizierten auf subkutanem Wege 5—6 Tropfen einer Lösung von Adrenalin (1 : 1000). Sie verbanden hiermit die übliche Behandlung der intestinalen Blutungen d. h. die Darreichung von Eisgetränken, besonders in der Form von Limonade, künstliches Serum und Weglassung der Milch. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ein Fall von Mikrocephalus und Encephalokele mit chemischer Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit. Von Dr. F. K u t s c h e r und Dr. A. R i e l ä n d e r, Marburg. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1907.

Bei einer 32 jährigen IIIpara waren die früheren Geburten glatt verlaufen. Missbildungen waren in der Familie bisher nicht vorgekommen. Bei der jetzigen Geburt wurde das Kind spontan innerhalb 4 Stunden geboren; die Hebamme musste aber den Hinterkopf desselben von den Eihäuten abschneiden. Das Kind gedieh wider Erwarten an der Brust der Mutter gut, und wies bei seiner Aufnahme in die Klinik einen typischen Mikrocephalus mit Encephalokele occipitalis auf. Es erschien auffallend sensibel gegenüber Geräuschen und machte hin und wieder zwangsartige Bewegungen mit dem Kopfe. Da die Flüssigkeitsansammlung in der Geschwulst sich vermehrte und deshalb ein Platzen des Sackes zu befürchten war, wurde derselbe im ganzen dreimal punktiert. In der Zukunft soll das Kind mit Alkoholverbänden weiter behandelt werden, die sich sehr gut bewährt hatten.

Verff. unternahmen dann eine genaue chemische Untersuchung der durch die Punktion gewonnenen Zerebrospinalflüssigkeit, deren Verlauf sie im genaueren schildern. Hauptsächlich richtete sich ihr Augenmerk darauf, ob sie Cholin in der Flüssigkeit finden konnten, was ihnen jedoch nicht gelang. Statt dessen fanden sie aber eine andere Base.
W e i s s w a n g e - Dresden.

Plazenta praevia. Puerperalfieber. Einspritzung von Antistreptokokkenserum. Heilung. Von D. P o p e s c u und Dr. St. I. G e o r g e s c u. Revista stiintelor medicale, Juli-August 1907.

Es handelte sich um eine Frau, die infolge von Plazenta praevia grosse Blutverluste erlitten hatte und bei welcher am zweiten Tage nach der Geburt eines toten Kindes sich ein schweres Wochenbettfieber entwickelt hatte. Nachdem während 8 Tagen, trotz intrauteriner Waschungen mit verschiedenen antiseptischen Mitteln, Einspritzungen künstlichen Serums, Eingabe von Antipyretizis etc. der Zustand keine Besserung zeigte, sich starke Prostration entwickelte und Delirien auftraten, machten die Verff. eine Einspritzung von 10000 polyvalentem Antistreptokokkenserum und konnten am zweiten Tage fast normale Temperatur und sehr gutes Allgemeinbefinden konstatieren. Die Wirkung des betreffenden, von C a n t a c u z i n o im bukaresten pathologischen Institute nach eigener Methode hergestellten Serums scheint also eine ganz spezifische zu

sein und empfehlen die Verff. die Anwendung desselben nicht nur bei Erysipel und nichtpuerperaler Septikaemie, sondern auch bei Wochenbettfieber und zwar nicht als letztes Mittel, sondern gleich zu Beginn der Erkrankung. — E. T o f f - Braila.

Über Gefahren und Behandlung der Plazenta prävia. Von Prof. Dr. Z w e i f e l - Leipzig. Münch. med. Woch., No. 48 vom 26. November 1907, pag. 2361.

Dadurch, dass der Grundsatz durchgedrungen ist, der Wendung nicht unmittelbar die Extraktion des Kindes anzuschliessen, ist man allgemein zu einem möglichst frühzeitigen Wenden gelangt. Das frühe Wenden und späte Extrahieren hat aber eine erhöhte Mortalität der Kinder zur Folge gehabt. Die Rate der mütterlichen Sterbefälle ist im Gegensatz hierzu jedoch von 30—40 Prozent (bestenfalls 10—16 Proz.) auf 7,2 Proz. gesunken. Zwischen 1899 und 1906 fanden in der Leipziger Universitätsfrauenklinik 11 757 Geburten statt, darunter 178 Fälle von Plazenta prävia, wobei 13 Frauen starben und zwar 3 an Kindbettfieber, 10 an Verblutung. Die ersten gelangten alle drei nach mehrfachen Untersuchungen und tamponiert in die Anstalt. Mehr zu denken geben daher die Verblutungstodesfälle, denen sich noch eine ganze Reihe anderer Fälle anschliessen liessen, in denen die betreffenden Frauen nur mit knapper Mühe gerettet werden konnten. Zw. hält es nicht für ausreichend, dass ein Arzt, wenn er zu einer Frau gerufen wird, die eine schwere Blutung hinter sich hat, Bettruhe und Stärkungsmittel empfiehlt, sowie den Rat erteilt, ihn wieder zu rufen, wenn eine neue Blutung einträte. Der Organismus kann bereits, ohne dass dies allzu deutlich zu Tage tritt, so viel Blut verloren haben, dass er einen neuen Verlust überhaupt nicht mehr verträgt, und dass das Leben der Frau auf das Heftigste bedroht wird. Wie solcher Gefahr nun zu steuern ist, und wie Verf. in letzter Zeit auf Grund seiner Erfahrung verfährt, lehrt er uns ausführlich und fasst er zum Schlusse seiner Arbeit die Darlegung der von ihm eingeschlagenen Therapie selbst mit den nachstehenden Worten zusammen:

„1. Jede stärkere Blutung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, die den Verdacht auf Plazenta prävia erweckt, soll wegen der riesigen Gefahr so behandelt werden, dass eine zweite Blutung nicht etwa der Mutter das Leben kosten kann. Es ist dies zu erreichen, indem man die Frau für einige Zeit, jedenfalls eine Woche lang, tamponiert hält, falls nicht früher die Geburt eintritt.

Zu einer so lange fortgesetzten Tamponade ist der Kolpeurynter unersetzlich. Es ergibt aber die Umständlichkeit dieser vorbeugenden Behandlung, die im Privathause schwer durchzuführen ist, dass es sich empfiehlt, wo möglich die Kranke in Anstaltsbehandlung zu übergeben.

2. Die Kolpeurynter lassen sich auf Jahre hinaus dicht erhalten, wenn man sie in Öl oder Glyzerin aufbewahrt.

3. Zur Ausstopfung muss man immer „keimfreies Material“ benützen. Hat man keinen Kolpeurynter zur Hand

und ist die Watte oder Gaze nicht zuverlässig keimfrei, so kann man sie durch Kochen in Wasser, dem auf den Liter 9 g Kochsalz und ein Esslöffel voll starken Essigs zugesetzt sind, keimfrei und „styp-tisch“ machen. Selbstverständlich ist dies nur eine Aushilfe in der Not.

4. Für die Behandlung der Geburt ist wohl die Blasensprengung ein sicheres und wegen ihrer Leichtigkeit das empfehlenswerteste Verfahren; es kann jedoch nur ausreichen, wo die Blase sich vorwölbt und das ist bei Plazenta prävia selten der Fall.

5. In der Regel wird die Blutung am sichersten und bei bester Wahrung der Asepsis gestillt durch eine möglichst bald ausgeführte Wendung, bei mangelhaft eröffnetem Muttermund durch die kombinierte Wendung nach Braxton Hicks.

6. Die Extraktion soll wegen der Gefahr der Mutterhalsrisse nicht ausgeschlossen werden, wenn der Muttermund nicht vollständig oder nahezu ganz eröffnet ist.

7. Allerdings bringt dieses Warten die Kinder mehr in Gefahr; und ist nicht zu leugnen, dass eine Beschleunigung der Extraktion gelegentlich zu Gunsten des Kindes erwünscht wäre. Wo ein Einreissen des Muttermundes nicht zu fürchten ist, darf man je nach Lage des Falles aktiver vorgehen, und weil die Einrisse nur beim Durchziehen des Kopfes entstehen, ist es immer noch möglich, durch Warten in diesem Stadium der Geburt den Riss zu verhüten und doch das Kind vor dem Erstickten zu bewahren, wenn man seine Finger so hält, dass das Kind beim Atemholen Luft in seine Lungen saugen kann oder wenn man einen Katheter in den Mund einführt. Auch ohne ein Anziehen und ohne die Gefahr eines Einreissens zieht sich der Muttermund nach einigen Minuten über den Kopf zurück.

8. Bei Plazenta prävia zentralis soll man zunächst versuchen, ob man mit den zwei Fingern, die zur kombinierten Wendung eingeführt werden, nicht vorn über der Symphyse um den vorliegenden Lappen der Plazenta herumgelangen könne, weil dies dem Kind weniger schadet, als das Durchbohren der Nachgeburt. Falls das Umgehen nicht gelingt, kann der Geburtshelfer jederzeit auf die Durchbohrung zurückkommen, wobei allerdings kaum noch ein Kind am Leben bleibt. Dann ist es nachher auch zwecklos, die Extraktion eines solchen Kindes beschleunigen zu wollen.

9. Da es sich bei der Plazenta prävia sehr oft um Frühgeburten handelt, soll man bei diesen keine aktive Behandlung einschlagen, weil dieselbe doch wenig Aussicht bietet, das kleine Kind am Leben zu erhalten und immer für die Mutter gefährlicher ist.

10. Gegenüber einigen neueren Vorschlägen, die Plazenta prävia mit dem abdominalen oder dem vaginalen Kaiserschnitt zu behandeln, verhalten wir uns ablehnend. Keine der bei uns Gestorbenen hätte durch eines dieser Verfahren gerettet werden können. Dagegen würde sicher bei deren Anwendung die Sterblichkeit eher grösser geworden sein.“ — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zwei Fälle von puerperaler Infektion vermittelt intravenösen Injektionen von Kollargol behandelt. Von Dr. Baros.
Revue méd. de l'Est, April 1907; besprochen *Revue théér., méd., chir.*, Nr. 10, 15. Mai 1907, pag. 365.

Der Verf. berichtet über 2 persönlich beobachtete Fälle schwerer Art, in denen alle andern therapeutischen Massnahmen versagt hatten. Die Resultate der intravenösen Kollargolinjektionen waren hier überraschend. Nach der Ansicht des Verfassers stellt unter allen bisher zur Behandlung der puerperalen Infektionen zur Anwendung gekommenen Methoden der Gebrauch des Kollargols in Form von intravenösen Einspritzungen das Verfahren der Wahl vor, da bei den 2 infizierten Wöchnerinnen, deren Zustand im höchsten Grade lebensbedrohlich geworden war, das Kollargol in 48 Stunden eine vollständige Veränderung des Bildes und ein völliges Verschwinden der alarmierenden Symptome bewirkte.

Die Anwendung des Kollargols gibt indes bei der intravenösen Anwendung zu verschiedenen mehr oder weniger heftigen Reaktionen Anlass. So bemerkt man heftiges Wiederanstiegen der Temperatur nach vorhergehendem Schüttelfrost, sei es nach der zweiten Injektion oder nach jeder. Die Temperatur kann auf 40°—41°, der Puls auf 140 steigen. Das Fieber aber und der Puls fallen nach 2—3 Tagen rapide ab, um zum Normalstand zurückzukehren und darauf zu verharren. Der Puls kann noch eine Zeitlang beschleunigt bleiben. In einem der beiden Fälle waren die Reaktionssymptome besonders lebhaft, heftiger Schüttelfrost, intensives Fieber, diffuse Röte des ganzen Körpers, schlechter Puls, reichliche, übelriechende Stühle, Muskelkontraktur des Nackens, des Kiefers und der Glieder, in einem so hohen Grade, dass dadurch ein akuter Anfall von Tetanus vorgetäuscht wurde. Solche heftige Reaktion aber ist keineswegs eine stete Begleiterscheinung.

Die Injektion führt ein Gefühl von subjektivem Wohlbefinden herbei. Der Durst, der Schweiss, der Druck, die Schmerzen und Nöte aller Art verschwinden und die Kräfte kehren rasch wieder. Die Lochien wandeln sich binnen 2—3 Tagen völlig um. Statt fötide, purulent und grünlich, werden sie rosig, fadenziehend, transparent und geruchlos oder aber sie werden durch das Kollargol schwärzlich verfärbt. Nach einigen Tagen werden sie spärlich. Schliesslich kann sich noch ein anderes klinisches Vorkommnis einstellen, nämlich die schmerzhaft Paralyse, welche alle Hauptmuskelgruppen des gesamten Körpers befällt. Diese Phänome verschwinden aber insgesamt und zwar vollständig spätestens binnen 8—10 Tagen.

Der Verfasser hat in seinen beiden Fällen in die Vena media cephalica und in eine Vene an der Dorsalfläche des Handgelenks eingespritzt. In jedem der beiden Fälle wurden je 2 Injektionen gemacht mit einem Intervall von je 1 oder 2 Tagen. Die Dosis betrug alle Male je 4 Kubikzentimeter einer 1% Lösung. —

Freuden berg - Dresden.

Vingt opérations césariennes pratiquées à l'hôpital Lari-boisière. Von Prof. Dr. E. Bonnaire - Paris. La presse médicale, No 80, 1907.

Im Laufe von 10 Jahren hat der Verf. 20 Kaiserschnitte vorgenommen und ist zu der Überzeugung gelangt, dass diese Operation eine viel grössere Beachtung verdient, als dies bisher der Fall war, nachdem die Resultate bei dystokischen Geburten durch dieselbe keineswegs weniger günstig werden, als mit den anderen angewendeten gewaltsamen Methoden. Von den 20 Operierten wurde der Eingriff bei 2 in extremis vorgenommen, um die Kinder zu retten; eine dritte Frau starb infolge von Infektion, welche sich bereits vor der Operation geäussert hatte. Die übrigen Fälle gingen in Heilung aus. Von den 18 lebend und lebensfähig extrahierten Kindern starben nur 2 aus Ursachen, die mit der Operation in keinerlei Zusammenhang gebracht werden konnten. Diese statistischen Resultate können also im allgemeinen als sehr günstige bezeichnet werden. —
E. T o f f - Braila.

Über die Entstehung von Hernien im Hebomiespalt. Von Dr. Hartmann. Z. f. Gyn. Nr. 21, 1907.

H. beobachtete den nachstehend zu schildernden Fall nach einer Hebotomie in der Jenenser Klinik. Derselbe bezieht sich auf eine 33 jährige IIIpara. Dieselbe litt als Kind an Rachitis und später an einer linksseitigen Leistenhernie, die im Jahre 1906 gelegentlich einer Alexander-Adam'schen Operation mit verschlossen wurde, so dass die Frau vor der in Rede stehenden Operation kein Bruchband mehr zu tragen brauchte.

I. Geburt 1902, durch Eklampsie kompliziert. Kind, gewendet und extrahiert, kam tot zur Welt. (Soll 10 Pfund gewogen haben.)

II. Geburt 1904, schwer, aber spontan und gleich der ersten fieberfrei. Das lebende und lebenbleibende Kind war 58 cm lang und wog 4360 g.

III. Geburt. Wehenbeginn am 10. Dezember 1906. Das anscheinend wiederum grosse Kind in I. Lage. Die sehr kräftigen und äusserst schmerzhaften Wehen werden durch subkutane Skopolamin-Morphininjektionen etwas beruhigt. Indess muss am Morgen des 11. Dezembers neben drohender Uterusruptur zur Hebotomie geschritten werden. Die Bumm'sche Nadel wird links von der Symphyse um den Knochen herumgeführt und dieser ohne Blutung durchsägt. Kopfentwicklung mit der Zange leicht. Während der Durchführung desselben klafft der Spalt des Beckenringes ca. 15 cm weit auseinander. Nach der Entwicklung des Kindes starke Blutung aus einem Riss, der, von links vorn anfangend, am oberen Rande des Scheideneinganges herumzieht und rechts unten bis zum kleinen Labium geht, 4 cm vom Frenulum entfernt. Der Riss wird mit Katgutknöpfen vernäht und die Wundhöhle mit Xeroformgazestreifen drainiert. Eisbeutel, Sekale. Der Dauerkatheter konnte am 6. Tage p. o. entfernt werden. Aktive Beweglichkeit der Beine schon am Tage nach der Entbindung gut und gut bleibend. Am 13. Tage p. p. trat eine Thrombose am linken Oberschenkel ein, doch konnte Mutter und Kind am 31. Tage entlassen werden.

Pat. fühlte sich zunächst wohl, bekam jedoch 3 Wochen nach ihrer Entlassung eine heftige Bronchitis mit starken Hustenstössen, worauf sie in der linken Schamlippe eine Geschwulst bemerkte. Deshalb kam sie auf Betreiben des Hausarztes eine Woche später wieder in die Klinik, woselbst eine im Hebomiespalt und Leistenring gänseeigrosse postoperative Hernie oder wohl richtiger die postoperative Verschlimmerung einer schon bestandenen Hernienanlage festgestellt wurde.

Das Röntgenbild ergibt, dass die Muskelansätze nicht abgerissen, sondern am lateralen Stück verblieben sind. Somit handelt es sich hier zwar theoretisch um eine Hebotomie, praktisch aber eine Symphysiotomie, wodurch das weite Klaffen seine Erklärung findet. Ein ferneres hier mitsprechendes Moment liegt in der durch die Gravidität bedingten Auflockerung aller Teile des Beckens. Somit wird auch die Entwicklung einer postoperativen Hernie verständlich, zumal nicht jede Hebotomie von einer knöchernen Verwachsung gefolgt ist.

Therapeutisch hat Verf. sich auf die Anbringung einer Pelotte am Beckengurt beschränkt, die ihren Zweck vollständig erfüllt. Von einer Vereinigung der beiden Knochenenden verspricht sich H. wegen des kleinen, an der Symphyse verbliebenen Stückes nur einen bedingten Erfolg. Immerhin erblickt er im vorliegenden Falle in einfacher Anfrischung und Wiedervereinigung der beiden Knochenenden durch exakte Naht mit gleichzeitiger Radikaloperation theoretisch das Verfahren der Wahl. Allgemein gesprochen: die Gefahr der Hernienbildung im Anschluss an die Hebotomie darf nicht ausser acht gelassen werden. Eine routinemässige Verhinderung der knöchernen Vereinigung ist in ihrem Nutzen zu unsicher, um prinzipiell angestrebt zu werden. Der Sägeschnitt soll zur Schonung der Muskelansätze von unten lateral, nach oben medial gehen. —

Freudenberg - Dresden.

Beitrag zur Lehre von der Hydrorrhöa uteri gravidi und der exochorialis Fruchtentwicklung. Von Dr. Wiemer.

Z. f. Gyn., No. 23, 1907, pag. 649.

Verf. beschreibt einen Geburtsfall mit amniotischer Hydrorrhöe, bei dem, was selten, ein lebendes Kind geboren ward, welches 2000 g wog. Die Plazenta zeigte Margobildung. Das Wochenbett verlief ohne Störung. —

Freudenberg - Dresden.

Ein Fall von wiederholtem Kaiserschnitt bei Ruptur der Uterusnarbe. Von Dr. Wilhelm Schneider, Frauenarzt in München. Münch. med. Woch., No. 41, vom 8. Oktober 1907, pag. 2038.

Der vom Verf. ausführlich geschilderte Fall ist dadurch bemerkenswert, dass es sich einerseits um einen zweimaligen Kaiserschnitt bei derselben Person, andererseits um das Vorliegen einer Ruptur der alten Uterusnarbe handelt, durch welche bereits ein Teil der Plazenta in die Bauchhöhle hervorgetreten war. Die rupturierte Stelle, welche bei Durchschneiden der Bauchdecken zu Tage trat, war nicht grösser als ein Knopfloch, doch hatte sich bei den fortgesetzten sehr heftigen Wehen eine ziemliche Masse Plazentargewebe hindurchgedrängt. Die Schnittfläche durch den Uterus wurde selbstredend in die Richtung der Ruptur gelegt. Weitere Komplikationen wurden nicht beobachtet. Die Operation wurde in der klassischen Weise durchgeführt und eine Nachblutung wohl infolge Aufgehens

der Uterusnat mit Sandsäcken gestillt. Ein Hämatom öffnete sich später spontan durch die Bauchwunde.

Am 22. Tage p. p. verliessen Mutter und Kind, welch letzteres sie vom 4. Tage ab selbst gestillt hatte, wohlbehalten die Anstalt. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Welche Anforderungen sind an eine korrekte Methode der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft zu stellen? Von Dozent Dr. Walter H a n n e s, Oberarzt der Univ.-Frauenkl. in Breslau. Münch. med. Woch., No. 40, vom 1. Oktober 1907, pag. 1974.

H. beantwortet die obengestellte Frage dahin, dass nur die Erregung, die Anbahnung der Geburt künstlich einzuleiten sei, die Geburtsbeendigung, der Austritt des Kindes solle spontan erfolgen. Speziell die Einleitung der künstlichen Geburt mittels Hystereuryse entspricht in allen Punkten den gerechten und notwendigen Anforderungen gegenüber einem derartigen Verfahren überhaupt. Bei der Hystereuryse kommt es auf ganz physiologischem Wege zur Wehenauslösung und zur Wehenerregung. Dabei werden genau dieselben Nerven-elemente gereizt, von welchen aus auch die normale Wehentätigkeit und mithin auch der Gebärakt ausgelöst wird.

Macht sich dagegen ein Accouchement forcé notwendig, so stellt die glatte Schnittmethode in Gestalt des sogen. vaginalen Kaiserschnittes nach des Verf.'s Ansicht das Verfahren der Wahl dar. Unter Schaffung ausgezeichneter chirurgischer Verhältnisse sei es vermittels dieser Methode möglich, selbst bei ganz uneröffneten Weichteilen binnen wenigen Minuten die Entbindung vorzunehmen.

Gestützt auf diese beiden wirkungsvollen und technisch vorzüglich durchgebildeten Verfahrensweisen, hält der Verf. jeden weiteren therapeutischen Eingriff für entbehrlich. Er rät daher, alle andern Methoden, welche man angegeben hat, um die schwangere Gebärmutter künstlich und vorzeitig zur Ausstossung des Eies anzuregen bezw. dieselbe zu ermöglichen, über Bord zu werfen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Anwendung des Zuckers in Verbindung mit mechanischen Agentien bei der künstlichen Frühgeburt. Von Dr. Keins. Revue prat. de gynéc., d'obst. et de péd., Juni 1907; bespr. Revue théor. méd. chir., No. 13, 1. Juli 1907, pag. 463.

Die Wirkung des Zuckers auf die Muskeltätigkeit ist bekannt. In Frankreich war der Verf. der erste, der auf die Einwirkung des Zuckers auf die Wehenstärke aufmerksam machte. Er verordnete 25 Gramm Zucker in $\frac{1}{4}$ Glas Wasser, also in konzentrierter Lösung. Halbstündlich kann man diese Dosis erneuern. Der Zucker steigert nicht nur die Kraft und Häufigkeit der Wehen, sondern er stimuliert auch anhaltend die Muskulatur. Er wirkt als Wehenmittel, als Tonikum, als Heber der Muskelkraft der Frau und als Austreibungs-mittel des Fötus.

Bei der künstlich eingeleiteten Geburt, zumal einer vorzeitigen, erweist sich der Zucker als ein wirksamer Bundesgenosse bei der Anwendung mechanischer Mittel.

Sobald die Geburt eingeleitet ist, verordnet der Verf. 2—3 mal 25 Gramm Zucker. Er muss sehr früh gereicht werden, denn es liegt eine vorzeitige Geburt vor und die Gebärmuttermuskulatur befindet sich noch nicht in der Verfassung wie bei einer rechtzeitigen Geburt. Mit dem kombinierten Gebrauch des Ecarteur Tarnier und reichlichen Zuckers sucht der Verf. eine Geburt herbeizuführen, die möglichst der physiologischen ähnelt. Der Eintritt des Kopfes wird nicht behindert, im Gegenteil gefördert und die Eihäute bleiben erhalten. Die Geburt entwickelt sich in dieser Weise rascher als der Durchschnitt der künstlich eingeleiteten Geburten ohne Zucker. Auch ermüdet die Kreissende weniger. —

Freudenberg - Dresden.

Über die Indikationen für eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei Geisteskranken. Von Dozent Dr. Alzheimer. Münch. mediz. Woch., No. 33, 13. August 1907, pag. 1617.

Mit dem allgemein zu Recht bestehenden Grundsatz: „eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft ist dann geboten, wenn infolge der Schwangerschaft ein lebensbedrohlicher Zustand der Mutter bereits eingetreten oder mit Bestimmtheit zu befürchten ist, falls eine Unterbrechung der Schwangerschaft und nicht etwa eine weniger eingreifende Massnahme den bedrohlichen Zustand der Schwangeren beseitigen kann“, ist in der Praxis wegen ihrer Vieldeutigkeit wenig anzufangen. Verf. hat daher unter Berücksichtigung der verschiedenen Arten von psychischen Störungen die Frage im einzelnen untersucht. Bei manisch-depressivem Irresein hält er den artefiziellen Abort nicht für gerechtfertigt. Er will auch die Jolly'sche Indikation: Befürchtung des Suizids seitens der Mutter nicht gelten lassen. Denn einerseits beseitigt der Abort durchaus nicht die Krankheit und andererseits wäre die Zahl der Aborte riesengross gegenüber den wenigen Selbstmorden, die in einer gut geleiteten Anstalt möglich sein würden. Auch bei der Dementia praecox will er im allgemeinen nicht intervenieren, da Schwangerschaft und Geburt meist nicht das allergeringste am Krankheitsverlauf ändern. Desgleichen stehen Paralyse und Gravidität in keinem kausalen Zusammenhang. Bei der absolut infausten Prognose dieser Krankheit ist das Leben der Mutter geringer einzuschätzen; allerdings auch die dauernde Lebensfähigkeit des Kindes. Bezüglich der Epilepsie will Verf. nur in dem sogen. Status epilepticus eine Indikation für den künstlichen Abort sehen, sonst nicht. Seitens Hysterischer begegnet der Arzt oft der Forderung, eine Fehlgeburt einzuleiten; er möge sie stets ablehnen, desgleichen bei den von Zweifel angeführten ähnlichen nervösen Beschwerden. Wir würden nur Psychopathen züchten und die

Volksgesundheit schädigen, statt ihr zu nützen. Auch bei Idioten dürfen wir nicht zu leichtherzig das Leben des Kindes missachten. Wir wissen noch zu wenig von der Vererbungstheorie. Schwere Fälle von Chorea gravidarum ergeben eine Indikation, selbstverständlich nicht minder Eklampsie.

Im allgemeinen überschätzt leicht der praktische Arzt die von einem Zusammentreffen von Psychose und Gravidität ausgehenden Gefahren. Er sollte nicht früher intervenieren, ehe er einen erfahrenen Irrenarzt konsultiert hat.

Man sieht, dass Verf. selbst die Indikationen Jolly's noch etwas einschränkt, ganz zu schweigen von den Anschauungen mancher Gynäkologen.

Freudenberg - Dresden.



Rezensionen.

Der Frauenarzt. Lehrbuch der Gesundheitspflege für das weibliche Geschlecht usw. Von Dr. med. Hermann Klencke; 7te neu vermehrte und verbesserte Auflage. 8°. 425 Seiten. Mit Illustrationen im Text. Leipzig 1907. Eduard Kummer Verlag. Preis 4,50 M., geb. 5,70 M.

Nimmt man irgend ein von kompetenter Hand heutzutage geschriebenes „Gesundheitsbuch für Frauen“ zur Hand, so wird man unfehlbar an verschiedenen Stellen Hermann Klencke zitiert finden.

Sein obiges Werk, das 1873 zuerst erschien und heuer die siebente Auflage erlebte, bedarf keiner besonderen Kritik, es sei denn einer sehr lobenden. Man bedenke, ein ärztliches Buch, geschrieben für die Laienwelt, ist nicht nach flüchtigem Dasein in Vergessenheit geraten, sondern hat seine siebente Auflage erfordert; das sagt viel.

Es ist auch mit der Zeit fortgeschritten; der wissenschaftliche Strom, wie er seit 33 Jahren, seit einem Menschenleben, floss, hat seit der Zeit manche Korrekturen erfahren, die ihren würdigen Ausdruck auch in der neuen Bearbeitung durch Dr. Freudenberg gefunden, so dass auch ferner durch jeden Familienarzt das Werk als zuverlässiger Ratgeber seiner Klientel in die Hand gedrückt zu werden verdiente.

Ein ausführliches Sachregister erleichtert das Nachschlagen und hebt die Brauchbarkeit sehr, und vergessen ist m. E. nichts!

Mensinga I, Flensburg u. Bad Reichenhall.

Über die Beziehungen der Skrofulose zur Tuberkulose.

Von Dr. Schmey. 8°. 29 Seiten. Leipzig 1907, Benno Konegen Verlag. Preis broschiert 0,75 M.

Der Verf. sieht in der Skrofulose und Tuberkulose zwei von-

einander verschiedene, selbständige Krankheitsformen. Schon bei der Halsdrüsenvergrößerung ergeben sich wesentliche Unterschiede histologischer Art zwischen beiden Erscheinungen. Dasselbe gilt in bakteriologischer Hinsicht. Hautleiden, Ozaena etc. haben einen gemischten Charakter, Knochen- und Gelenkfungus ist stets tuberkulös. Die Häufigkeit der Mischformen zwischen Skrofulose und Tuberkulose erklärt den grossen Wirrwarr in der Nomenklatur, aber auch die enorme Gefahr, die skrofulösen Personen durch den Verkehr mit an Tuberkulose Erkrankten droht. Während die Skrofulose vorwiegend eine Erkrankung der Entwicklungsjahre ist, treten Dreiviertel aller Tuberkulosedodesfälle erst nach dem 15. Lebensjahr ein. Im kindlichen Alter sind Haut und Lymphgefässe durchlässiger als später. So dringen pyogene Mikroorganismen durch die Haut und Schleimhaut jugendlicher Individuen leichter ein als bei älteren Individuen. In die Lymphwege gelangt, finden sie an den regionären Lymphdrüsen Widerstand. Dieser Widerstand gegenüber pyogenen Mikroorganismen bei älteren Personen jedoch ist ein wesentlich geringerer. Um aber das Wesen der Skrofulose zu erfassen, muss man das histologische Element, die leichtere Durchlässigkeit, grössere Weite der Poren und Lymphgefässe bei Kindern, mit dem chemischen Element (Alteration der chemischen Zusammensetzung des kindlichen Organismus) vereinigen. Der Typus der skrofulösen Hautaffektionen ist das Ekzem, an den Schleimhäuten Stockschnupfen und Ozaena, Anginen, Mittelohrkatarrh, Lidrandkatarrh, Phlyktänen, Bronchialkatarrhe, Darmkatarrhe, Vaginalkatarrhe.

Bei den Tuberkelbazillen liegen nämlich die Verhältnisse ganz anders als bei den pyogenen Mikroorganismen. Die Tuberkelbazillen sind keineswegs ubiquitär, sondern fast nur in der Umgebung tuberkulöser Menschen zu finden. Wenn auch Skrofulöse recht häufig der tuberkulösen Infektion verfallen, ja sogar Lungenschwindsucht die häufigste Todesursache Skrofulöser ist, so erscheint es doch möglich, Skrofulöse vor tuberkulöser Infektion zu schützen, indem man sie nach Möglichkeit vor dem Zusammenleben mit Phthisikern bewahrt.

Aus der sehr interessanten und wertvollen Schrift habe ich nur obenstehend einige Gedankengänge herausgelesen, um von dem reichen Inhalt desselben wenigstens eine Andeutung zu geben. Wir empfehlen das Werkchen bestens der Aufmerksamkeit der Herren Kollegen. —

Freudenberg - Dresden.

Der Hypnotismus, sein Wesen, seine Handhabung und Bedeutung für den praktischen Arzt. Von G. von Voss. 8°, 41 Seiten. Halle a. d. Saale, 1907. Verlag von Carl Marhold. Geb. Preis 1,20 M.

Die vorstehend genannte Broschüre, die als Heft 7, Band VII der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten erschienen ist, legt alles Wissenswerte über Wesen, Indikation und Technik der Hypnotherapie (Hypnose, Suggestion etc.)

in klarer und einsichtsvoller Weise dar. Die Hypnose ist kein Spielzeug und kein Sport, ihre Anwendung sollte Laien strengstens untersagt sein. Dass sie Magnetisuren, Heilpädagogen und anderen Kurpfuschern zu billigem Ruhm und Reichwerden verhilft, darf der Hypnose nicht zur Last gelegt werden.

Ähnlicher Unfug wird auch mit der Hydrotherapie und Massage getrieben. Dennoch wissen wir den Wert der genannten Heilmethoden wohl zu schätzen.

Auch der forensischen Seite der Frage tritt der Verf. näher und behandelt diese in sehr verständiger Weise. Wenn der Referent, wie eingangs geschehen, sich auch über den praktischen Teil des Werkchens lobend ausspricht und dasselbe bestens empfiehlt, so geschieht das auf Grund langjähriger Erfahrungen, die ihn zu den gleichen Anschauungen und Methoden geführt haben. — **F r e u d e n b e r g** - Dresden.

Angst. Die Behandlung und Heilung nervöser Angstzustände, Zwangsvorstellungen und psychisch-nervöser Leiden. Zum praktischen Gebrauch für Leidende und Ärzte, unter Berücksichtigung der neuesten medizinischen, neurologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Erfahrungen. Von Dr. Adalbert St. Ph a r. Gross 8°, 116 Seiten. Leipzig, 1907, Webel's Verlag Dr. Abel u. Born. Preis geh. 1,40 M.

Das vorstehende, sehr inhaltsreiche Buch zeichnet sich durch seine gedrängte Kürze und die praktische Durcharbeitung des Gegenstandes aus. Es wird bei Laien und Ärzten gleiches Interesse hervorrufen, und können wir dasselbe allen Kollegen, die sich über den neuesten Standpunkt der Therapie von Neurosen orientieren wollen, nur bestens empfehlen. Kommt doch gerade der Frauenarzt vielleicht von allen Kategorien von Ärzten — höchstens vom Neurologen abgesehen — am meisten mit Hysterizis in Berührung. Ich bemerke noch, dass der Verf. bei allen empfohlenen Verfahrungsweisen nicht einfach diese benennt, also z. B. sagt: Hier empfiehlt sich Hydrotherapie oder Hypnose, sondern dass er ganz genau schildert, was zu tun und wie es zu tun ist, so dass dem Praktiker das, was er braucht, tatsächlich in die Hand gegeben wird. — **F r e u d e n b e r g** - Dresden.

Freiheit oder gesundheitliche Überwachung der Gewerbeunzucht. Von Dr. Vorberg. 8°, 60 Seiten. München, 1907, Verlag der Ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin). geh. Preis 1,50 M.

Das vorstehende Buch, im reglementaristischen Sinne geschrieben, behandelt die Frage der Prostitutionsüberwachung vom sanitätspolizeilichen und ärztlichen Standpunkt, gibt einen historischen Überblick über die Entwicklung der Gewerbeunzucht und vergleicht die gegenwärtig herrschenden Verhältnisse in den einzelnen Ländern miteinander.

Des Verfassers Ausführungen gipfeln in den nachstehenden Sätzen: Bei allen ansteckenden Krankheiten ist geboten 1. die Zerstörung des Krankheitsherd, soweit dies möglich ist, 2. die Absonderung des Krankheitsträgers von seinen gesunden Mitmenschen, also auch bei den Geschlechtskranken. Wo es sich um das Wohl und Wehe der Gesamt-

heit handelt, haben die persönlichen Interessen einer einzelnen Gruppe zurückzutreten.

Wer sich über den gegenwärtigen Zustand der Frage unterrichten will, kann dies nicht besser als an der Hand des vorliegenden Werkes tun, welches dieselbe in ruhiger, rein sachlicher Weise behandelt und auf jeden vorurteilsfreien Leser einen starken Eindruck machen wird. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Schönheitspflege. Für Ärzte und gebildete Laien. Von Dr. Orłowski in Berlin. Klein 8°, 71 S. Würzburg 1907. (A. Stüber's Verlag) Curt Kabitzsch. Preis geh. 1.80 M.

Obwohl wir an kosmetischen Werken auf wissenschaftlicher Basis keinen Mangel haben (ich erinnere an die vorzügliche „Kosmetik für Ärzte“ von Dr. Paschkis und „Lehre und Pflege der Schönheit des menschlichen Körpers“ von Dr. Thimm), so dürfte die vorliegende Schrift doch Manchem willkommen sein. Sie ist sehr sachlich, sehr verständlich, kurz gefasst, dem Hauptsächlichen gerecht werdend und hat durch ihren billigen Preis einen Vorzug vor den oben genannten grösseren Werken. Allerdings haben wir manche Einzelheiten vermisst. So finden z. B. Frostbeulen und die vielberufenen „roten Hände“ und mancherlei anderes nirgends eine Erwähnung. Besonderen Wert dagegen erhält das kleine Werk durch die zweckentsprechende Einführung der Gymnastik in die Kosmetik. Für etwaige folgende Ausgaben erscheint allerdings ein Sachregister durchaus erforderlich. Doch verdient das Buch auch in seiner gegenwärtigen Form Empfehlung. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Rohtrinkbare Sanitätsmilch von tuberkulosefreien Kühen.

Gewonnen auf Gut Berghof bei Polling. Von Bauer und Anzinger. 20 Seiten, 8°. Selbstverlag.

Pasteurisierte Milch ist nicht vollkommen steril, sie ist nur keimarm und kann noch pathogene Bakterien enthalten. Bei der Sterilisation wird die Milch unter Druck von $+ 120^{\circ}$ C. erhitzt. Dabei wird die Milch zum Genusse ziemlich unbrauchbar. Die beste Ernährung für den Säugling, die der Zusammensetzung der Muttermilch am nächsten käme, ist erwiesenermassen eine unter peinlichsten hygienischen Vorsichtsmassregeln von nur einwandfreien Kühen gewonnene Rohmilch.

Solch eine Milch nun stellt das Gut Berghof bei Polling in Oberbayern, wie die Verfasser, zugleich die Besitzer des genannten Gutshofes, erzählen, her. Und in der Tat sind die dortigen natürlichen und örtlichen Verhältnisse allem Anscheine nach höchst günstig. Alle Kühe werden der Koch'schen Tuberkulinprobe und die Kälber der Behring'schen Bovovakzinimpfung unterzogen. Auch die Behandlung, Aufbewahrung und Versendung der Milch erscheint tadellos und scharf kontrolliert. Als die Milch im Juni 1907 nach der Düsseldorfer Ausstellung geschickt wurde, woselbst man sie prämierte, erhielt sie sich bei einer Temperatur von $+ 15^{\circ}$ C. neun Tage lang im rohen Zustand frisch und süss. Zu München und Weilheim hat das Gut für den Milchabsatz besondere Depots eingerichtet.

An die obige Darstellung schliesst sich noch ein Aufsatz von Dr.

med. Kollmann über „die Milch, wie sie sein soll“, sowie zwei Artikel, welche speziell dem Berghof als Musterbetrieb für Milchgewinnung gewidmet sind.
Freudenberg - Dresden.

Warum kommen die Kinder in der Schule nicht vorwärts? Von Dr. Uffenheimer, Privatdozent für Kinderheilkunde und Dr. Stählin, Professor am Kgl. Maxgymnasium, beide in München, gr. 8°. 56 Seiten. München, 1907, Verlag der ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin). Preis geh. 1,40 Mk.

Es handelt sich hier um zwei Vorträge, welche am 27. Mai 1907 in der Schulkommission des ärztlichen Vereins in München gehalten worden sind und die nun gemeinsam im Druck erscheinen. Das Referat (Dr. U.) behandelt die ärztliche, das Korreferat (Dr. S.) die pädagogische Seite der Frage.

U. stellt die obige Frage in einem doppelten Sinn, einmal, warum Kinder überhaupt in der Schule nur geringe Fortschritte machen und sodann, warum manche Kinder, die bisher gute Schüler waren, eines Tages in ihren Leistungen nachzulassen anfangen. Allgemein beantwortet er beide Fragen dahin: die meisten Kinder kommen deshalb nicht vorwärts, weil sie nicht völlig normal sind. Kein Kind ist wie das andere. Auch das einzelne Kind ist nie sich selbst stets gleich. Bislang hat das körperliche Verhalten der Kinder und der Zusammenhang von körperlichem Wohlbefinden und geistiger Frische noch nicht die gebührende Berücksichtigung gefunden. Aber auch den besten Beobachtern gegenüber türmen sich die grössten Schwierigkeiten in der Beurteilung eines an der Grenze des Pathologischen stehenden Zustandes der Kinderpsyche auf.

Verf. geht nunmehr dazu über, die hauptsächlichsten Typen des normalen intellektuellen Verhaltens der Kinder darzustellen und weiterhin die Ursachen zu schildern, die ein solches Verhalten zu veranlassen pflegen. In erster Linie müssen wir unsere Aufmerksamkeit auf Zeichen körperlicher Erkrankungen der Schulkinder richten, durch welche deren geistige Leistungsfähigkeit herabgesetzt wird. Für die Schule kommen zumeist die angeborenen Defektpsychosen in Betracht. Den Schwachsinn teilt Verf. ein in Vollidiotie, Imbezillität und Debilität. Hierzu kommen noch die erworbenen Defektpsychosen, der paralytische Schwachsinn, die affektive Reizbarkeit, Hebeephrenie, Manie, die neurasthenische, hysterische, epileptische und choreatische psychopathische Konstitution. Bei allen diesen Zuständen kann die Schule den Arzt nicht entbehren. Zumal in der Pubertätszeit bedarf der Organismus einer ganz besonderen Schonung. Dabei müssen aber auch die sonst auf das Kind einwirkenden Einflüsse in Rechnung gezogen werden. Das zur Modesache gewordene, einseitige, schwächliche Geschrei über Schulüberbürdung ist dem Verf. höchst unsympathisch. Manche Schuld ist dem Milieu der Kinder zuzuweisen. Nur im ständigen Verkehr mit gleichaltrigen kann sich die kindliche Psyche normal entwickeln. Alkohol und Nikotin ist absolut auszuschliessen. Für gute Ernährung ist Sorge zu tragen. Die Notwendigkeit eines Gelderwerbs ausser der Schule, Lektüre, Betreiben von Nebenfächern sind oft von ungünstigem Einfluss. Die Gefahr der Onanie wird oft überschätzt, sie ist in einem gewissen Sinne physiologisch, in

hohem Grade auftretend aber meist das Sekundäre einer psychopathischen Anlage. Kinder, die längere Zeit in der Schule nicht vorwärts kommen, sind zumeist als nicht völlig normal in geistiger oder körperlicher Beziehung zu betrachten, bedürfen der ärztlichen Diagnose und Therapie. Die hervorragend Befähigten bedürfen keiner eigenen Anstalten. Die Schule muss sich mit ganz besonderer Liebe der Schwächeren annehmen, aber eigene Schulen für nervenkrankte Kinder sind zu perhorreszieren. —

Der Korreferent stimmt, wiewohl von einem andern Standpunkt ausgehend, den ärztlichen Anschauungen des Referenten durchaus bei, erweitert und präzisiert dieselben nach manchen Punkten hin. Für jeden Arzt, jeden Lehrer, jeden Familienvater ist die Schrift in hohem Grade schätzenswert. —
Freuden berg - Dresden.

Sozialhygienischer Rückblick und Ausblick 1906/7. Unsere Volksvertretung. Von Kreisarzt Dr. Berger. 8^{te}. 26 Seiten. Leipzig, 1907, Benno Konegen Verlag. Preis geh. 0,50 Mk.

Im Gegensatz zu andern Ländern, zumal Frankreich, zählt Deutschland wenig politische Ärzte. Und doch ist vielleicht gerade der Arzt mehr als jeder andere in der Lage, gelegentlich über Politik, die ja doch der Hauptsache nach im modernen Staate Sozialpolitik sein muss, ein kräftig Wörtlein zu sagen. Es fällt mir da eine Strophe ein, die einst in bewegter Zeit auf den Strassen von Paris von Mund zu Mund ging und übersetzt lautet:

— — — — —
Es lebe Lacordaire!
Die Stadt braucht einen Arzt,
Drum macht den Arzt zum Maire!“ —

Und in der Tat, es sind goldene und beherzigenswerte, kluge und zeitgemässe Worte, die unser wackerer Kollege, von patriotischer Gesinnung getragen, in der genannten Broschüre laut werden lässt. Besonders sympathisch berühren die Kapitel über Jugenderziehung, Freimaurerei und Arbeiterfürsorge. Möge der Appell an die deutsche Kalligraphie gerade bei den Ärzten, sowie den sonstigen gelehrten und gebildeten Ständen unseres Vaterlandes ein warmes Echo finden, ganz in dem Sinne, wie es der Verfasser wünscht! —

Freuden berg - Dresden.

Grossstadt-Dokumente. Uneheliche Mütter. Von Dr. med. Max Marcuse. 5. Auflage. 8^{te}. 104 S. Berlin NW. 87. 1907. Verlag von Hermann Seemann Nachfolger. Preis 1,— Mk.

Die Broschüre bildet den 27. Band der bekannten Ostwald'schen Sammlung von Grossstadt-Dokumenten. Der Verfasser verfügt durch seine Tätigkeit im „Bunde für Mutterschutz“ über eine reiche Erfahrung, die sich mit einer objektiven Beobachtung und vorurteilsfreien Deutung des Tatsachen-Materials paart. So ist seinen Studien und Beobachtungen eine ernste Würdigung sicher. Dass der Verfasser auch das mitfühlende Herz des Arztes reden lässt, das gibt der Sprache und Darstellung einen Hauch teilnehmender Wärme, der den Leser packt und fesselt. Möge das auf diese Weise erweckte Interesse praktische Formen annehmen,

damit den rechtlichen und sozialen Ungerechtigkeiten, unter denen heute noch noch die „uneheliche Mütter“ leiden, bald ein Ende gesetzt wird!
 Forchheimer - Würzburg.

Populär-Psychiatrie des Sokrates redivivus. Gespräche über den kleinen Unverstand. Von Dr. H. Schäfer, Oberarzt a. D., Friedrichsberg b. Hamburg. 8°. IV u. 151 S. Würzburg 1908. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag). Preis 2.50 M.

Die Veranlassung zu dem Buche gab der Tesnow-Prozess, in dem das Gericht bekanntlich durch die Gutachten der Sachverständigen nicht überzeugt wurde; und mit Recht betont Verf., dass hier, wie auch sonst gelegentlich, zu Tage tritt, dass die Laien mit psychiatrischen Dingen völlig unbekannt sind und dass es immerhin der sachverständigen Vertretung schwer wird, in der Verhandlung eine zutreffende Überzeugung gewinnen zu lassen. Das Buch enthält die interessanten und lehrreichen Ausführungen des Verf. in der Form einer Szene im Hôtel „Zum blauen Affen“ in Udemianopel mit folgenden Personen: Sokrates (als Geist); Müller, Professor der Psychiatrie; Med.-Rat Dr. Meyer, Physikus; Geh. San.-Rat Dr. Schulze, Irrenanstaltsdirektor, und Bellachini. Letzterer, als Zauberer, lässt auf Wunsch der drei Ärzte den Geist des Sokrates erscheinen, als Konsiliarius in wichtigen psychiatrischen Fragen. Sokrates tritt teils als sachverständige Autorität mit Erklärungen, Schlussfolgerungen u. s. w. auf, teils als examinierender Überkollege, der die drei Ärzte in und ausser der Reihe zur Beantwortung gestellter Fragen auffordert. Die Konsultationen spielen sich an 5 Tagen während der Abendstunden ab, wobei Sokrates auf Kosten der drei Kollegen gewaltig den Humpen mit besten Marken schwingt. In dieser etwas ungewöhnlichen Form, oft in stark burschikosem Ton, aber stets sachlich und dabei humoristisch, werden, auch für die Laien verständlich, alle Formen psychischer Abnormität klarverständlich behandelt: Tesnow, Gedächtnis und Urteilskraft, Einsicht in die Staftbarkeit, Mangel höherer Begriffsbildung, Schwachsinn, Kindermisshandlungen, Unerziehbarkeit, Tierquälerei, Schülerelbstmord, Satyriasis und Nymphomanie, Epilepsie, Perversität, Verrücktheit, Hypochondrie, Eifersuchtswahn, Kurpfuscher, Minderwertigkeit etc. etc. Ref. kann die Lektüre des Buches, auch den Kollegen, nur dringend empfehlen. —

Wulff - Oldenburg,

Das heutige Irrenwesen. Leitfaden für Angehörige und Pfleger von Geisteskranken von Doz. Dr. S. Finckh, Tübingen. Mit 7 Abbildungen im Text. Gr. 8°, 72 S. München 1907, Verlag der „Ärztlichen Rundschau“ (Otto Gmelin). Preis M. 2.50.

Voreingenommenheit und Misstrauen gegen alles, was mit dem Irrenwesen zusammenhängt, sind im Volke weit verbreitet. Von den verschiedensten Seiten sind zwar schon Versuche gemacht worden, aufklärend zu wirken, aber der Erfolg ist bisher recht gering gewesen. Das ist in mehrfacher Hinsicht sehr zu bedauern, denn einerseits wird der Sache der Geisteskranken ausserordentlich geschadet, andererseits wird dem Irrenarzt sein dornenvoller Beruf ganz unnötig erschwert.

Verf. ist der Ansicht, dass das Publikum auch gegen seinen Willen belehrt werden muss, und er hat daher in dem vorliegenden Werkchen

sich der Mühe unterzogen, alles das in gemeinverständlicher Form vorzutragen, was für den Laien wissenswert ist. Er klärt den Leser auf über die Begriffe der geistigen Gesundheit und Krankheit, sowie über das Grenzgebiet des Irreseins, er zeigt, wie von Laien ganz unberechtigterweise das äussere Verhalten eines Menschen als zuverlässiger Gradmesser der geistigen Gesundheit angesehen wird, wie ferner der Nichtsachverständige geneigt ist, überall Vortäuschung von Geisteskrankheit zu vermuten, wie andererseits Gewalttaten Geisteskranker vielfach nicht als Krankheitserscheinungen, sondern als Bosheit angesehen werden etc. Sodann gibt er allgemeine Verhaltensmassregeln über den Umgang mit Geisteskranken, schildert die moderne humane Therapie im Gegensatz zur früheren, geht auf die Frage der widerrechtlichen Freiheitsberaubung ein und sucht dem Leser klar zu machen, wie gewissenhaft der Psychiater stets vorgeht, wenn er in forensischen Fällen die Frage der Zurechnungsfähigkeit zu beantworten hat. Schliesslich bespricht er in einem besondern Kapitel den Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Geistesstörung und liefert im Schlusskapitel den Nachweis, dass wir es beim Selbstmord sehr häufig mit einer krankhaft veränderten geistigen Verfassung zu tun haben.

Es wäre erfreulich, wenn die Ausführungen des Verf. von recht vielen gelesen und beherzigt würden, und vor allem, wenn die Tagespresse sich den Inhalt derselben endlich zu eigen machen würde.

A r n e m a n n - Grossschweidnitz.

Klima und Gesundheit. Gemeinverständliche Darstellung von Dr. Engel. 80. 182 Seiten. München 1907, Verlag der ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin), Preis geh. 2.00 Mk.

Die vorliegende Schrift bildet das 27. Heft der Sammlung: Der Arzt als Erzieher, bei der jedes Heft seine volle Selbständigkeit besitzt. In der vorliegenden Broschüre kommt der erfahrene Klimatologe zum Wort, den seine sommerliche Tätigkeit in Bad Nauheim und seine winterliche in Heluan (Ägypten) allein schon eine Fülle von klimatischen Erfahrungen sammeln lässt. Mit langen Tabellen von Thermometer- und Barometerskalen von rein statistischem Werte will uns der Verfasser nicht kommen, sondern uns vielmehr in unterhaltender Form und streng objektiv alles bisher als tatsächlich Ermittelte über klimatische Verhältnisse mitteilen.

In dem Kapitel: „Allgemeines über Klima“ führt er aus, wie Genie und Seuchen an bestimmte Himmelsstriche gebunden sind; niemand und nichts kann leben, wo es will. Vielfache und hochgradige Langlebigkeit gibt einen guten Gradmesser für die Gesundheit eines Klimas ab. Aber Schonung und Übung unseres Körpers in richtiger Verteilung durch rationelle Lebensführung ist zum mindesten ebenso wichtig für den Kranken als Berücksichtigung äusserer, durch Witterung, Jahreszeit und Klima geschaffenen Verhältnisse.

Was heisst „Klima“? fragt Ref. im zweiten Kapitel. Die Definition darf nicht in dem einen Sinne des Begriffs gefasst werden, von dem er sich ableitet (*κλίμα*, Neigung der Sonne); sie muss berücksichtigen: die Beschaffenheit der Luft (Staubfreiheit, Reinheit der Luft), Wärme und Kälte (mittlere Tages-, Monats- und Jahrestemperatur, Grösse der

täglichen Wärmeschwankungen, Luftwärme, Strahlungswärme), Licht und Sonne (in ihrer vielseitigen Wirkung auf den menschlichen Organismus in seinen verschiedenen Lebensaltern und Gesundheitszuständen), die Luftfeuchtigkeit (Vegetation), den Luftdruck (in seinem regelmässigen und plötzlich verändertem Verhalten), die Windverhältnisse (Passatwinde, Tal- und Bergwinde), die Lufterlektrizität und den Radiumgehalt der Luft. Wer weiss, ob die „Nerven“ der Kulturvölker nicht eine Folge ihres Klima's sind?, so fragt der Verfasser.

Alsdann geht derselbe auf eine Besprechung der einzelnen Klimaformen und ihre Wirkung auf den Menschen ein und behandelt zuerst das Seeklima, welches er in ein kaltes (nördliches) und ein warmes (südliches) einteilt, sodann das Binnenklima, welches in ein Höhenklima und ein Niederklima zerfällt. Letzteres teilt sich wieder in die beiden Unterabteilungen des feucht-kalten (nördlichen) und trocken-warmen (südlichen). Auf das Nähere hier einzugehen, würde uns zu weit führen.

Es beginnt nunmehr der klimato-therapeutische Teil des Werkes, der zwar ganz umfassend gehalten, doch, wie billig, die Tuberkulose in besonders breiter Weise behandelt. Auch der Rekonvaleszenz ist gebührend Rechnung getragen. Im Schlusswort weist der Verfasser darauf hin, dass hier das Dichterwort: „Sieh, das Gute liegt so nah!“ nicht zu treffen, denn See, Hochgebirge und Wüste, die 3 Hauptrepräsentanten der Klimatherapie liegen nicht nahe, und doch sind sie unentbehrlich für Kranke, für welche das Beste gerade noch gut genug sein soll. —

F r e u d e n b e r g • Dresden.

Über kurörtliche Bestrebungen im allgemeinen und speziellen und über Teplitz-Schönau als Heilbad für Frauenleiden. Von Dr. Emil Ekstein. gr. 8°. 81 Seiten. Teplitz-Schönau, 1907, Wilhelm Seidemann Verlag. geh. Ohne Angabe des Preises.

Verf. führt aus, wie trotz bester Heilquellen jeder Kurort ins Hintertreffen kommen muss, der es nicht verstünde, sich in allen seinen Einrichtungen auf der Höhe der modernen hygienischen und sanitären Anforderungen zu erhalten und auch entsprechenden Komfort zu bieten. Bezüglich Teplitz-Schönau, dessen Bäder von unleugbarer Wirksamkeit sind, welches aber, (zumal seit der Einbruch-Katastrophe von Wässern aus Kohlenschächten, deren Folgen indes zur Zeit vollkommen beseitigt sind) in seiner Entwicklung zum modernen Kurort entschieden zurückgeblieben ist, macht er entsprechende Sanierungs- und Hebungsvorschläge. Uns interessiert besonders der Hinweis auf die Eignung des genannten Badeortes als Frauenbad. Teplitz-Schönau hat sich dem Verf. besonders wirksam erwiesen bei allen mit Exsudatbildung einhergehenden Frauenleiden; bei chronisch entzündlichen Zuständen des Uterus, der Eileiter und der Eierstöcke, bei Vulvitis, Vaginitis, Pruritus, Kranosis vulvae; bei Amenorrhöe, Dysmenorrhöe, Uterusatrophie, antezipierter Klimax infolge vorzeitiger Degeneration der Eierstöcke etc.; bei gonorrhöischer Zystitis, Endometritis, Salpingitis; bei Folgezuständen nach Puerperalfieber, septischer oder pyämischer Natur. Auch nach pathologischen postoperativen Zuständen empfiehlt er die dortigen Thermalquellen, sowie als präoperative Badekur.

Das neue Werkchen des rührigen Herrn Verfassers bietet nach mehreren Seiten hin Interesse und Anregung. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Kurzer Bericht über die Tätigkeit der Abteilung für Frauenkrankheiten am Carola-Hause in der Zeit von 1901 bis 1906. Von San. Dr. M. von Holst, Chefarzt der Abteilung. 8°. 9 Seiten. Dresden 1907, Wilhelm Hoffmann. Ohne Angabe des Preises.

Verf. berichtet über den Zeitraum seiner eigenen Tätigkeit. Die Zahl der behandelten gynäkologischen Kranken hat sich mit dem Jahre 1900—1906 von 280 auf 497 gehoben.

Was die Art und Weise der Eröffnung des Leibes betrifft, so wurde dieselbe in den ersten Jahren, wie allgemein üblich, mittels Längsschnittes vorgenommen. In den letzten Jahren dagegen wurde, wo irgend zugänglich, der Pfannenstiel'sche Querschnitt angewandt, welcher nicht nur kosmetisch einen grossen Fortschritt bedeutet, sondern die postoperativen Bauchbrüche fast unmöglich macht. Bei 127 Laparotomierten mit Querschnitt war kein einziger Bauchbruch zu verzeichnen, was man wohl als hervorragenden Fortschritt bezeichnen kann.

Was die Operationsmethoden anbetrifft, so wurde bei Erkrankungen der Beckenorgane bei weitem der ausgiebigste Gebrauch von der Laparotomie gemacht, und zwar in jeder Hinsicht mit dankenswertesten Erfolgen, so dass Verf. auch fernerhin diesen Standpunkt beibehalten will.

17 mal hatte Verf. Gelegenheit, den Processus vermiformis erkrankt zu finden, ohne dass er besondere Beschwerden gemacht hatte, und wurden die betreffenden Patientinnen durch Entfernung des Organes vor späterer ernsten Blinddarmenzündung und erneuter Operation bewahrt. Was die Rekonvaleszenz anbetrifft, die von den Anhängern des vaginalen Weges als besser und schneller ins Feld geführt wird, so kann Verf. dieses nach seinen Erfahrungen nicht gelten lassen. Seine Laparotomierten verliessen im Durchschnitt am zwölften bis vierzehnten Tage das Bett und wurden teils innerhalb, teils mit Ablauf der dritten Woche bei vollem Wohlbefinden entlassen.

Wenn durch Sauberkeit und durch sero-seröse Übernaht jeglicher Wundfläche und jeden Stumpfes, wodurch die Operation zwar etwas länger dauert, jede Verwachsung aber vermieden wird, so dürfte die Redensart: „man ist nach einer Operation schlimmer dran als vor derselben“ bald verschwinden.

Die Desinfektion war stets eine höchst gründliche. In letzter Zeit: längeres Abwaschen und Bürsten der Hände mit Schmierseife in heissem Wasser, Sublimat, Gummihandschuhe und darüber Zwirnhandschuhe. Die Desinfektion der Patientinnen wurde mittels Heisswasser, Schmierseife und Bürste, Seifenspiritus und Sublimat vorgenommen, nachdem die Nacht über nach einem warmen Bade ein Sublimatumschlag appliziert war und vor dem Desinfizieren die betreffende Hautpartie abrasiert war. Die Operationen selbst werden fast ausnahmslos in Beckenhochlagerung ausgeführt. Der Schluss der Bauchwunde wurde in allen Fällen vier-schichtig vorgenommen, bei sehr starkleibigen Frauen fünfschichtig

Peritoneum parietale mit fortlaufender Katgutnaht — Muskelnnaht mit Knopfnähten, Faziennaht mit Knopfnähten — Hautnaht mit fortlaufender Seide — bei Fettleibigen die Fettschicht durch Katgutnähte vereint.

Als Material wurde durchführlich zu allen inneren Unterbindungen, ausser der Unterbindung der uterinae, das Karewsky'sche Katgut benutzt, nur zur äusseren Hautnaht dünne Seide. Zur Narkose wurde fast ausnahmslos Äther benutzt, seltener eine Mischnarkose von Äther und Chloroform. Kystokelen wurden nach Fritsch, fixierte Retroflexionen per laparotomiam mit seitlicher Fixation nach Olshausen ausgeführt. Bei mobilen Retroflexionen wurde die Alexander-Adams'sche Operation vorgenommen, bei gleichzeitigen Adnexerkrankungen neuerdings die Ventrifixation der Ligg. rot. nach Bumm, die darin besteht, dass die Ligg. rot. durch einen künstlichen Spalt im Peritoneum parietale unter die Muskulatur der Rekti gezogen und der sie fixierende Faden über der Fazie geknüpft wird.

Eine eigne Operationsmethode hat Verf. bei Prolapsen des Uterus angewandt, und zwar bis jetzt mit geradezu frappierendem Erfolg.

Bei Frauen, die kurz nach dem Klimakterium bzw. im Klimakterium sich befinden, also das Korpus uteri entbehren können, macht er die supravaginale Amputation und näht den Stumpf, der nicht mit Peritoneum bekleidet wird, in die Bauchdecken ein, in das Peritoneum parietale — das viszerale wird am untersten Wundrande des Stumpfes angeheftet — die Muskulatur in die Faszie. — Bei Fundus-, Portio und Zervixkarzinomen wählte Verf. fast stets den abdominalen Weg, um die Parametrien mit entfernen zu können. Bei den Adnexoperationen wurde stets darauf gehalten, dass möglichst kleine Stumpfe gebildet wurden, und wurden diese prinzipiell durch sero-seröse Übernähit versenkt, um postoperative Adhäsionen zu vermeiden.

Bei 1052 Operationen, worunter 456 mittels Laparotomie ausgeführt, starben 21 Kranke, und zwar an septischer Peritonitis 8 (darunter 6 septische Aborte). Infolge der Operation selbst starben noch nicht ganz 1 ‰. Berechnet man aber die Mortalität lediglich auf die Laparotomien, deren 270 ausgeführt wurden, so stellt sich der Prozentsatz auf die befriedigende Höhe von nur 3,3 ‰.

Freudenberg-Dresden.



Referate aus ärztlichen Gesellschaften.

Die Eisenhand im Gummihandschuh lautet das Thema eines Vortrags, welchen Dr. Morris (nach Medical record, 9. März 1907) am 1. Februar 1907 in der chirurgischen Abteilung der New-York akademie of medicine hielt.

Redner führte darin aus, dass Gummihandschuhe brauchbar seien 1. in Fällen, in denen keine Infektion oder sonstige Erkrankung vor-

liegt, welche die natürliche Widerstandskraft der Patientin gegenüber eine Infektion wachruft; wenn die Überzüge für mehrere Patientinnen nacheinander gewechselt werden oder wenn der Chirurg kurz nach einer Operation an einer infizierten Patientin eine nichtinfizierte operiert. Dagegen sind Gummihandschuhe unnötig oder gar nachteilig, wenn schon eine Infektion besteht und die Patientin auf ihren Selbstschutz angewiesen ist; wenn eine Krankheit wie z. B. der Krebs schon einen solchen Grad von Selbstschutz hervorgerufen hat, dass die alten Militärärzte, z. B. eine Brust amputierten und dabei prima reunio mittels eines wohlgewachsenen Schuhmacherfadens erzielten, den sie während der Operation zuvor mit dem Munde festgehalten oder übers Ohr gelegt hatten; 3. wenn keine Infektion oder sonstige Krankheit besteht, aber durch langandauerndes und ausgedehntes Operieren mit den unhandlichen Gummihandschuhen die Gefahr eines Hineingelagens von Bakterien in das Wundgebiet grösser wird, als wenn die Operation rascher mit der nackten, aber wohl desinfizierten Hand vorgenommen würde.

Die Frage des Selbstschutzes des operierenden Arztes gegen Infektion durch die Gummihandschuhe steht natürlich auf einem anderen Blatte, aber darum handelt es sich bei diesem Vorschlag doch nicht eigentlich. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zu der Berliner dermatologischen Gesellschaft vom 14. Mai 1907 empfahl nach der dermatologischen Zeitschrift Dr. Rosental **Thiopinolsitzbäder** bei Endometritis zur Behandlung der weiblichen Gonorrhöe neben antigonorrhöischer lokaler Therapie. Er selbst hat mit Thiopinol sehr gute Resultate erzielt.

Thiopinol ist eine neue Verbindung, welche aus Schwefel und dem ätherischen Öl der Pinusarten, den Pinolen besteht, die den Terpenen nahe verwandt sind. Die chemischen Verhältnisse sind noch nicht ganz genau bekannt, höchstwahrscheinlich aber handelt es sich um eine neue organische, in Wasser lösliche Schwefelalkaliverbindung (Sulfid). Diese Verbindung hat die Eigentümlichkeit, dass sie sich durch Oxydation und in Wasser nicht zersetzt, was bisher bei den natürlichen und auch den künstlichen Schwefelbädern der Fall war. Infolgedessen entwickelt sich kein Schwefelwasserstoff, was natürlich für die Patienten ausserordentlich angenehm ist. Man kann daher die Schwefelbäder ruhig in der Häuslichkeit verordnen. Hierzu kommt, dass die Metallwannen nicht angegriffen werden.

Das Präparat kommt in folgender Weise in den Handel: 1. als Zusatz zu Bädern, und zwar in kleineren Flaschen zum Sitzbad und in grösseren, $\frac{2}{3}$ mehr enthaltenden Flaschen, die für ein ganzes Bad ausreichen; 2. als Salben, die nicht riechen, und zwar 5-, 10- und 20-prozentig; endlich 3. als 5-, 10- und 20-prozentige Seife. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Auf dem **Internat. Kongress für Demographie und Hygiene** zu Berlin sprach u. a. am 25. Sept. 1907 Prof. Neumann über die **Ernährungsweise der Säuglinge**.

Der Redner verglich die Verschiedenheit der Sterblichkeit von den

Säuglingen, die unter verschiedenen sozialen Verhältnissen stehen. Zu dem Zwecke teilte er die Kreise in drei Gruppen der Wohlhabenheit ein, und zwar wählte er als Einheit die Wohnungsgrösse. Die erste Klasse betraf die Familien, deren Wohnung ein bis zwei Zimmer hat, die zweite Klasse diejenigen, die über drei, die dritte Klasse diejenigen, die über vier Wohnräume besitzen. Es stellte sich heraus, dass die Sterblichkeit der Säuglinge mit zunehmendem Wohlstande in ausserordentlichem Masse abnimmt, dass aber auch in den ärmsten Kreisen die Sterblichkeit der Säuglinge bei natürlicher Ernährung eine erheblich geringere ist als bei künstlichen. Schon daraus ergibt sich die praktische Schlussfolgerung, unsere modernen Frauen wiederum von der Notwendigkeit der natürlichen Ernährung zu überzeugen. — Der Direktor des Statistischen Amtes, Professor Landsberg in Magdeburg beleuchtete sodann die Methodik, nach welcher der Einfluss festzustellen ist, wie die Ernährungsweise der verstorbenen Kinder, wie die Ernährungsweise der lebenden zu konstatieren und wie schliesslich die Zahlen zu vergleichen sind. —

Über die Frage der **Milchkontrolle** verbreitete sich eingehend Prof. Schlosmann.

Die Milchfrage, so führte der Redner aus, ist eine Frage unserer Zeit. Es gilt, die grossen Massen, die Grossstädte mit guter Milch zu versorgen. Es ist zwar richtig, dass schon sehr viele Grossstädte Kontrollen und Regulative eingeführt haben. Allein die Milch ist trotzdem immer noch schlechter geworden. Einmal liegt das daran, dass die Kontrolle den polizeilichen Massnahmen unterstellt ist. Allein dadurch wird der Käufer nur vor geschäftlicher Benachteiligung bewahrt, der Schutz betrifft nur seinen Geldbeutel, die Milch wird nur auf ihren chemischen Nährwert beaufsichtigt. Die hygienische Kontrolle hingegen steht noch aus. Sie muss sich auf die Produktion, den Stall ausdehnen. Wollte man etwa einmal sich die Art der Produktion ansehen, so würde man erschrecken. Von verschwindend geringen Ausnahmen abgesehen, ist die Art der Milchbehandlung im Stall weit entfernt von den aller-einfachsten hygienischen Anforderungen. Unappetitlich gewonnen und behandelt, wird so die Milch zu einem leicht verderblichen Nahrungsmittel. Dabei hält sich die Milch vier, fünf Tage und noch länger, ohne sauer zu werden, wenn nur die nötige Sauberkeit beobachtet wird.

Es handelt sich hier nicht allein um eine hygienisch, sondern sogar volkswirtschaftlich hochbedeutsame Frage. Denn zehn Prozent der gewonnenen Milch geht dadurch für den Konsum ganz verloren, dass sie schlecht wird. Man denke daher, was an nationalen Wert verloren geht! Eine Änderung ist nur dann möglich, wenn eine intensive Kontrolle ausgeübt wird, welche die Milch bis zum Ort der Produktion in dem Stalle verfolgt. Nirgends gilt das Wort, dass man die kleinen Diebe hängt, die grossen laufen lässt, mehr als für diese Verhältnisse. Diejeniger, die die eigentliche Schuld an der Verderbnis der Milch haben, lässt die heute übliche Beaufsichtigung ganz unbehelligt. Man wird freilich einwenden, es besteht ja heute schon eine bedeutende Kontrolle. Allein dies bezieht sich zumeist nur auf die bakteriologische und chemische Untersuchung. Hier kommt aber noch die

Beaufsichtigung seitens des Tierarztes und des hygienisch geschulten Arztes in Betracht. Schon über die Produktion der Milch im Stall muss das Auge des Hygienikers wachen. Hier haben die Bestrebungen einzusetzen. Mit der Zeit wird es die Kommune sogar als ihre Pflicht ansehen müssen, für die Beschaffung guter Milch zu sorgen, ebenso wie sie ja heutzutage schon die Versorgung mit gutem Trinkwasser selber übernimmt. Die ersten Aufsätze dazu haben wir schon in den Milchküchen zum Beispiel in Köln. Aber auch hier wird noch nicht genügend für die nötige Bewachung zurzeit am Ort der Produktion gesorgt. —

Auch die wichtige Frage des

Selbststillens der Mütter

wurde eingehend behandelt.

Der erste Referent, Dr. Lange in Karlsruhe wies auf das Nachdrücklichste darauf hin, wie notwendig die natürliche Ernährung für Gesundheit und Gesundung der Kinder ist.

Dr. Ziegenspeck in München suchte nachzuweisen, dass es nicht etwa die Degeneration der Milchdrüse ist, welche man vielfach für das Zurückgehen des Selbststillens beschuldigt, dass es auch nicht der Alkohol, die Kleidung und anderes mehr sei, sondern einzig und allein die Mode, die heutige ganz verkehrte Ansicht der gebildeten Frauenwelt. Deshalb gilt es, diese Frauen zu belehren und zu bekehren. —

Wir machen auf die Wichtigkeit des letztgenannten Punktes ganz besonders aufmerksam. —

Literatur.

Canstein, Dietrich Ernst v., Beitrag zur Frage der Hebosteotomie. Diss. Greifswald 1907.

Filhouaud, Dr. E., de la grossesse extra-utérine récidivée. Paris 1907, Steinheil. 3,00

Fraenkel, Georg, Beitrag zur manuellen Lösung der Plazenta. Diss. Würzburg 1907.

Haug, Paul, ein Fall von Stieldrehg. einer Parovarialkyste. Diss. Rostock 1907.

Jamain, J., fibromes utérins et puerpéralité. Paris 1907, Steinheil. 5,00

Katz, Theodor, das Sarkom der unteren Abschnitte der Gebärmutter. Diss. Würzburg 1907.

Klencke, Dr. Herm., d. Frauenarzt. Lehrbuch d. Gesundheitspflege f. d. weibl. Geschlecht, zur selbständ. Erkenntnis und Beseitigung der weibl. Krankheitsanlagen und Erkrankungsgelegenheiten. 7. neu

verm. u. verb. Aufl. m. Abbildg. Leipzig 1907. E. Kummer. 4,50; geb. 5,70

Kosakow, Izchok, die konservative Behandlg. d. entzündlichen Adnextumoren. Diss. Berlin 1907.

Munk, Alexander, Übertragung bei Antefixatiouteri. Diss. Marburg 1907.

Reins, Hch., zur Kasuistik schwerer Bluterkrankungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Diss. Marburg 1907.

Sudarski, Nissel, Atresia hymenalis und ihre Folgezustände. Diss. Berlin 1907.

Verhandlungen der gynäkolog. Gesellschaft zu Breslau. Jahrg. 1906–07 m. Abbildgn. u. 1 Taf. Berlin 1907, S. Karger. 4,50

Voswinkel, Fritz, u. d. Häufig. u. Ursachen d. Sterilit. Diss. Würzburg 1907.

Wertheim, E., and P. Micholitsch, the technique of vagino peritoneal operations. London 1907. 33,75

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza.

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Aerzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg, Frauenarzt in Dresden.

Erscheint am dritten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 18 Mk direkt unter Kreuzband 18 Mk 80 Pf., für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 20 Mk. für's Ausland einzelne Hefte 2 Mk. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

Heft 2 (266).

Leipzig, 21. Februar 1908.

XXIII. Jahrg.

Inhalt: Originalien: **Freudenberg**, Dysmenorrhöe bei jugendlichen Individuen. 50. — **Pouchet u. Freudenberg**, Mediz. Behandlung in der Gynäkologie. 52. — Referate über Frauenheilkunde: **Offergeld**, Adenokarzinome im Uterusfundus. 54. — **Bandler**, Technik, Indikation und Grenzen der vorderen vaginalen Kōliotomie. 55. — **Torkel**, Serlikat des Weibes. 56. — **Weinbrenner**, Saugbehandlung in der Gynäkologie. Die Saugmassage. 57. — **Freund**, Dysmenorrhöe von den Brüsten aus. 57. — **Ritter**, Tumoren mit künstlicher Hyperämie. 58. — **Pfeilstöcker**, Ursache der Myomblutungen. 58. — **Käsmann**, Adrenalinbehandlung der Osteomalakie nach Bossi. 59. — **Chaput**, De la Rachistovainisation. L'anesthésie totale au moyen de la rachistovainisation. 59. — **Pankow**, Wundbehandlung. 60. — **Wederhake**, Dauernd steriles Fadenmaterial. 61. — **Ebner**, Mammaamputation und andere Operationen in der Achselhöhle. 61. — **Muratow**, Metrorrhagia syphilitica. 62. — **Meyer-Ruegg**, Form von klimakterischen Blutungen. 63. — **Haaga**, Prolapsus urethrae bei gleichzeitigem Totalprolaps des Uterus. 63. — **Scharpenaok**, Prolapsoperationen. 64. — **Schwab**, Pessartherapie in der gynäkologischen Praxis. 65. — Referate über Geburts- und Säuglingspflege: **Michaëlis**, Altersbestimmungen menschlicher Embryonen und Föten. 66. — **Peters**, Wiederauffüllung des Uterus nach vorzeitigem Blasensprung. 66. — **Harrar**, 1446 Fälle von Vorderscheitelstellung. 67. — **Thies**, Über Gesichtslage. 69. — **Kermauer**, Querdurchmesser des kindlichen Kopfes in der Schwangerschaft. 70. — **Apfelstedt**, Die prophylaktische Armlösung. 72. — **Fürst**, Sterile Weidungsschlinge. 72. — **Popesoul**, Die Zange am Steiss. 72. — **Cohn**, Die Schwangerschaft im rudimentären oder atretischen Nebenhorn des Uterus bicornis unicollis. 72. — **Bürger**, Beitrag zur Hebosteotomiefrage. 73. — **Kelm**, Pathogenie de la phlegmasia alba dolens puerpérale. 74. — **Cramer**, Funktion der weiblichen Brustdrüse. 75. — **Schubert**, Bedeutung des Zweifel'schen Blutkoagulums. 76. — **Queirol**, Forzeps und dessen Gefahren. 76. — **von Boustedt**, Kautschuk-Heftpflaster. 77. — **Nobécourt u. Merklen**, Temperatur der Säuglinge. 78. — **Hesse**, Augenbäder mit Lösung von künstlichem Emser Salz. 79. — **Steiner**, Die therapeutische Anwendung der Odda M. R. 81. — Rezensionen: **Eckstein**, Hebammen-Kalender. 82. — **Hoche**, Unfallversicherungsgesetze. 82. — **Hoffa** (+), Technik der Massage. 83. — **Klenböck**, Radiotherapie. 84. — **Wagner**, Die Extrauterinschwangerschaft. 85. — Referate aus ärztlichen Gesellschaften. 86. — Praktische Mitteilungen und Notizen. 88. — Feuilleton. 91. — Literatur. 96.

Nachdruck bedarf der Genehmigung des Verlegers — Referierung mit Quellenangabe erbeten. — Sonderabdrücke verboten.

Dysmenorrhöe bei jugendlichen Individuen.

Nach dem Englischen des „Hospital“, deutsch von
Dr. F r e u d e n b e r g - Dresden.

Bei jungen Frauen, Jungfrauen oder kinderlos Verheirateten, ist die Ursache einer schmerzvollen Menstruation häufig ausserordentlich dunkel, und obwohl die Bezeichnung derartiger Prozesse als „spasmodische“ oft durchaus zutreffend sein mag, so ist damit doch keineswegs das eigentlich ätiologische Moment gekennzeichnet. Immerhin aber ist dieser Ausdruck besser als die alte Bezeichnung: „obstruktive Dysmenorrhöe“, denn dieser Terminus muss für eine sehr kleine Gruppe von einschlägigen Fällen reserviert bleiben. Diese letztere umfasst nur solche Fälle, in welchen die Zervix tatsächlich stenosierte ist, meist als Folge eines operativen Eingriffes, z. B. nach Amputatio colli. Der gewöhnliche Typus ist allen denjenigen vertraut, welche Familienpraxis ausüben. Das Mädchen, welches an Schmerzen im unteren Teile des Adomens leidet, einige Stunden vor dem Eintritt oder just bei dem Beginn der Periode selbst, bisweilen von Übelkeit und Erbrechen begleitet, welches nach mehrstündigem Andauern der Beschwerden heftiges Kopfweh hat und nach einem oder zwei Tagen wieder gesund ist, bietet das allbekannte Bild dieses Leidens dar. Meist ist die geschilderte Art der Dysmenorrhöe primär, d. h. sie beginnt mit dem Auftreten der Menstruation, ist aber beim Älterwerden der Patientin zur Verschlimmerung geneigt. In einzelnen glücklichen Fällen geht das Übel mit der Zeit zurück und gelegentlich verschwindet es, wenn das Mädchen erwachsen ist. Die Dysmenorrhöe ist in derartigen Fällen tatsächlich eine spasmodische, — von intermittierendem Charakter —, kommend und gehend, gewöhnlich gleichzeitig mit der periodischen Ausscheidung oder kurz zuvor beginnend. In diesem Sinne erinnert ihre Unberechenbarkeit einigermaßen an eine Kolik intestinalen Ursprungs. Gerade dieser kolikartige Charakter liess bei den älteren Gynäkologen die Auffassung entstehen, die Dysmenorrhöe sei die Folge von Gebärmutterkontraktionen behufs Ausstossung des Uterusinhaltcs gegenüber einem anormalen Widerstand. Normann und andere jedoch erbrachten den Nachweis, dass in den meisten derartigen Fällen keinerlei faktische Obstruktion vorhanden ist. Wo sich Blutgerinnseln im Menstruum zeigen, ist es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mehr als wahrscheinlich, dass sich diese erst in der Scheide und nicht im Uterus bilden. Auch ist es durchaus kein gewöhnliches Vorkommnis, dass sich überhaupt Koagula zeigen. Es kann deshalb die Austreibung von Blutgerinnseln nicht als die Veranlassung der Beschwerden ausgesprochen werden. Die beste Erklärung hat Theilhaber gegeben, indem er annimmt, dass es sich bei derartigen Umständen um krampfartige oder unregelmässige Gebärmutterzusammenziehungen handle, ausgehend von einer unvollkommenen Entwicklung der Uterusmuskulatur. Zwischen dieser Theorie und den Tatsachen besteht keinerlei Widerspruch, weder in

bezug auf den Charakter des Schmerzes, noch in Anbetracht des Umstandes, dass sich der Uterus zu jeder Zeit zusammenziehen muss, um seinen Inhalt auszustossen. Die Folge eines Fehlens dieser Zusammenziehung sehen wir klar und deutlich bei Frauen mit seniler Endometritis, wobei die Entzündungsprodukte, gewöhnlich Eiter, sich im Uteruskavum ansammeln, weil es infolge einer muskulären Degeneration an den Kontraktionen fehlt, derer das Organ zur Ausstossung seines Kontentums benötigt. Derartige Krankheitskomplexe, denen man den Namen einer Pyometra gegeben hat, stellen sich ein, ohne dass ein Hindernis des Ausflusses besteht und bei weitklaffender Zervix. Ein fernerer bestätigender Umstand gegenüber dieser Hypothese liegt in dem Eintritt einer Naturheilung, nämlich durch eine Schwangerschaft. Die Gravidität heilt derartige Fälle aus einem doppelten Grunde, erstens weil sie zu dem höchstmöglichen Grad der Entwicklung der Gebärmuttermuskulatur führt und zweitens, weil sie die natürliche Ausdehnung des unteren Uterusabschnittes bis zu seiner äussersten Grenze bewirkt. Leider kann die Ehe solchen Patientinnen nicht allgemein als Heilmittel empfohlen werden, weil diese oft nicht leicht empfangen. Der Grund hierfür ist nicht immer klar am Tage liegend, aber es wird allgemein angenommen, dass er mit einem Manko des Uterus und dem Entwicklungszustande desselben zusammenhängt. Obgleich sich durchaus nicht behaupten lässt, dass in den hierher gehörigen Fällen stets ein bestimmter Gebärmuttertypus feststellbar sei, so findet man doch recht häufig eine Antelexio in Verbindung mit einem langen konischen Mutterhals vor. Mit anderen Worten: einen verbildeten, keinen verlagerten Uterus, ein Organ, von dem es wahrscheinlich ist, dass sich bei ihm die Muskelschicht infolge einer kongenitalen Missbildung schwach entwickelt hat. Allerdings ist es auch kein ungewöhnlicher Fall, dass man bei solchen Patientinnen kleine, retrovertierte Uteri vorfindet, eine kongenitale Verlagerung, die nichts mit der menstruellen Anomalie zu schaffen hat. Die ungenügende Grösse repräsentiert hier eine Hypoplasie und ist der aktive Grund des Schmerzes bei der Periode. Töricht wäre es, anzunehmen, dass die Kongestion des Uterus bei der Dymenorrhöe keine Rolle spielte, da es doch klar ist, dass dies der Fall sein muss. Der wichtigste Punkt indessen ist der, dass die prämenstruelle Kongestion an und für sich nicht ausreicht, den dysmenorrhöischen Schmerz auszulösen, ehe Kontraktionen auftreten. Dies gerade festzustellen, ist durchaus nötig, weil bisweilen ein konstantes Wehgefühl infolge der Kongestion besteht, ehe die spasmodischen Schmerzen beginnen.

Ist demnach die Veranlassung des Schmerzes oft dunkel, so erscheint die Therapie gewöhnlich noch schwieriger. Es ist üblich, derartige Fälle ganz allgemein so zu behandeln, dass man Bedacht nimmt auf die Darmverhältnisse, die Verdauung, die Zirkulation und das Gesamtbefinden. Und in der Tat ist das oft auch alles, was sich von Behandlung nötig macht. Das anämische, an Stuhlverstopfung und zugleich an Dyspepsie leidende Mädchen ist fast stets dysmenorrhöisch, wird jedoch geheilt, sobald man die genannten gesund-

heitlichen Missstände beseitigt. Es liegt unter diesen Umständen völlig auf der Hand, dass keinerlei lokale Behandlung in solchen Fällen einen Nutzen stiften kann, ehe selbst die konstitutionellen Übel behoben sind. Erst dann, wenn dies geschehen, sind wir berechtigt, an die Behandlung der Dysmenorrhöe als solche heranzutreten. Den Satz aber möge man unverbrüchlich festhalten, dass es diesbezüglich zwei Mittel gibt, die unter keinen Umständen angewendet werden dürfen, Morphin und Alkohol. Spirituosen bilden die von der Zeit geschätzte Behandlungsweise und nichts ist leichter, als ein kleines Morphiumpulverchen zu geben; in der Tat aber sind beide Mittel aus deutlichen Gründen das verwerflichste von der Welt. Die antispasmodischen Drogen, Antipyrin, Phenazetin und Cannabis indica wirken bei gewissen Patientinnen gut, am besten entschieden Antipyrin; zuweilen bewirkt auch Azetyl-Salizylsäure einen Nachlass der Schmerzen, wo die anderen Mittel im Stiche lassen. Es gibt jedoch eine gewisse Grenze, über welche die Wirkung dieser Drogen nicht hinausgeht, und alsdann ist eine Operation angezeigt. Die Dilatation der Zervix mit graduierten Bougies aber genügt keineswegs, zumal wenn sie nur unvollkommen und ohne Anästhesie vorgenommen wird. Die Dilatation muss vielmehr als Maximum durchgeführt werden, bis zu 14 oder 16 Hegar, und unter Narkose, bei peinlichst gewahrter Antiseptik. Ist die Zervix lang und konisch, so mag sie bei dieser Gelegenheit an der Rückseite geschlitzt werden, wobei man durch Suturen dafür Sorge zu tragen hat, dass die Wundflächen nicht wieder miteinander verwachsen. Obwohl die Meinungen diesbezüglich geteilt sind, so hat nach unserer Erfahrung ein an der Dilatation angeschlossenes Kürettement stets bessere, namentlich auch dauerndere Erfolge ergeben, als die einfache Dehnung ohne ein solches. Die ganze Prozedur aber muss unter streng antiseptischen Kautelen vorgenommen werden. —



Die medizinische Behandlung in der Gynäkologie.

Von Dr. V. Pouchet.*)

Deutsch von Dr. Freudenberg.

Die Mehrzahl aller Uteropathen leidet an Gebärmutterzuständen ohne „chirurgische“ Affektion. Man findet bei ihnen alle die funktionellen Störungen der utero-ovariellen Läsionen: Leukorrhöe, Dysmenorrhöe, menstruelle oder intermenstruelle Hämorrhagien, Lenden-, Leib-, Darm- und Blasenbeschwerden. Die kombinierte Untersuchung ergibt nichts weiter als eine chronische Metritis, bei der das Kürettement wirkungslos bleibt; eine Salpingitis, die zu geringfügig ist, als dass sie eine Operation rechtfertigte; eine unbedeutende Antelexion

*) Gazette médicale de Paris, 15. September 1907.

oder Retroflexion, einen vergrösserten und verhärteten Uterus. Alle diese Fälle sind der medizinischen Gynäkologie zuzuweisen.

Der ärztliche Praktiker wird gut tun, bei den angeführten Krankheitszuständen die nachstehende Behandlung einzuleiten:

1. **Heisse Scheidenspülungen.** — Diese werden appliziert, während die Frau liegt, mit Hilfe einer Glaskanüle in der Form einer Spritzbirne. Die angewandte Flüssigkeit hat dabei eine Temperatur von 45—50°. Die Spülkanne wird 1 Meter hoch gehalten. Die zu injizierende Wassermenge beträgt 2—10 Liter, je morgens und abends. Diese Einläufe wirken reinigend, sedativ und dekongestionierend. Sie beeinflussen den Uterus, aber eben auch nur den Uterus. Auf Läsionen der Adnexe und des kleinen Beckens sind sie ohne jegliche Einwirkung. Gegen periuterine Leiden muss man heisse Klistiere anwenden.

2. **Darmausspülungen.** — Die Injektionen von heissem Wasser in das Beckenkolon sind sehr wirksam gegen periuterine Läsionen. 3—4 mal am Tage wird die Kranke ein 55°iges Klistier nehmen. Das Spülgefäss wird 30—50 cm hoch gestellt. Der Einlauf erfolgt langsam. Man führt $\frac{3}{4}$ —1 Liter ein. Die Kranke behält die Flüssigkeit eine Stunde lang bei sich. Derartige Klistiere dekongestionieren die Beckenorgane und bewirken eine Blutauswaschung, wenn die Kranke dafür Sorge trägt, dass sie sie genügend lange bei sich beibehält. Gibt sie dieselben aber von sich, so bekämpfen sie die Verstopfung. Man liebt es, dem Wasser Kochsalz zuzusetzen, 1 Kaffeelöffel auf 1 Liter.

3. **Heisse und kalte Bauchtöpika.** — Der Eisbeutel, das Kataplasma, die heissen Kompressen können, auf den Leib gelegt, im Falle einer schmerzhaften Affektion die Kranken beruhigen.

4. **Das Sitzbad.** — Dieses, sei es mit, sei es ohne die Einführung eines gefensterten Scheidenspiegels, ist in einer grossen Zahl der genannten Fälle empfehlenswert. Man beginnt beim Sitzbad mit einer Temperatur von 37° und steigert dieselbe allmählich auf 45—50°. Die Dauer des Bades beträgt 5—10 Minuten. Man lässt dasselbe 2—3 mal am Tage nehmen.

5. **Die Scheidentampnade.** — Die Scheide wird mit 2, 3 oder 4 Tampons ausgefüllt. Den dem Muttermund aufliegenden Wattebausch tränkt man mit Ichthyl-Glyzerin-Lösung (20:100). Nach je 48 Stunden wird eine solche Ausstopfung entfernt.

6. **Anwendung von Intrauterinstiften und intrauterine Kauterisation.** — Die Scheide und der Mutterhals sind immer septisch. Jeder Eingriff wie die Sondierung, die Anwendung von Intrauterinstiften oder die Kauterisation ist zu widerraten. Wenn gewisse Metritiden, — die sich auch in anderer Weise hätten heilen lassen, — bei einer intrauterinen Behandlung wohlfahren, so kenne ich dafür eine sehr grosse Anzahl von Salpingitiden, die ihre Entstehung lediglich der schädlichen Tätigkeit der Ärzte und ihrer kleinen medikamentösen Stifte verdanken.

7. **Die Beckenmassage.** — Die Massage erweist sehr

gute Dienste in Fällen von periuterinen Adhärenzen, bei Lageveränderungen und Metritiden, begleitet von Beckenkongestion. Leider ist es ein etwas diskreditiertes und schwer anwendbares Verfahren, falls man sich nicht in einer speziell gynäkologischen Umgebung befindet.

8. Die hydro-mineralische Behandlung. — Alle Utero-ovariopathen, chirurgisch oder medizinisch, operiert oder nicht, fühlen sich gebessert durch 1—2 Thermalkuren in gewissen Bädern (in Frankreich Luxeul, Salis, Biarritz; in Deutschland: Kreuznach, Tölz-Krankenheil, Weilbach im Taunus, Bad Elster etc.) Bei welchen wirkt die Kur günstig aus örtlichen Gründen, bei andern in Hinsicht auf das Allgemeinbefinden.



Referate über Frauenheilkunde.

Über die Histologie der Adenokarzinome im Uterusfundus.

Von Dr. Offergeld. Aus der Universitätsfrauenklinik zu München. Arch. f. Gynäk. Bd. 77.

Auf Grund von 15 genau beschriebenen Fällen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen. Klinisch ist weder in der Häufigkeit noch in der raschen Aufeinanderfolge von Geburten eine Praedisposition für das Karzinom gegeben, noch schützen entzündliche Veränderungen der Genitalien oder gynäkologische Behandlung sicher vor seinem Entstehen. Auch das Korpuskarzinom soll durch Laparotomie entfernt werden, da sehr häufig frühzeitig sich regionäre Drüsenmetastasen oder Karzinomdepots finden. Hinsichtlich der Malignität sind alle Spielarten des Korpuskarzinom einander gleich. Histologisch kann man bei den Drüsenkrebsen des Uterus nur von verschiedenen Spielarten, aber nicht von eigenen Spezies innerhalb dieser Gattung reden, da auch das „maligne Adenom“ stellenweise mehrschichtiges Epithel hat und sich bei Adenokarzinomen auch Bilder grossalveolären Baues finden. Frühzeitig treten im Drüsenkarzinom Veränderungen im Gewebe auf, welche eine Sonderstellung der Zellen beweisen, nämlich Degeneration und Tinktionsverlust der Membrana propria, sodann ihr definitiver Schwund, im Epithel selbst Änderung der Formation, der Färbung und Differenzierung im Plasma und Kern der Zellen, abnorm reicher Gehalt an pathologischen Mitosen. Echte Metaplasie findet nie statt. Maligne Degeneration eines klinisch benignen epithelialen Tumor in ein Karzinom ist nicht bewiesen, ja sogar wegen der Spezifität der Zellen unwahrscheinlich. Die Sekretion der Adenokarzinome erstreckt sich auf Fibrin und Schleim, wahrscheinlich auch auf eine fibrinogene und eine albuminoide Substanz, die toxisch auf das Gewebe und den Gesamtorganismus (Kachexie) wirkt.

Die bei primärem Korpuskarzinom auftretenden Tochtergeschwülste in den distalen Partien des uropoetischen Systems

und des Darmes sind regionäre lymphogene oder hämatogene Metastasen, da für Kontakt- oder Spontanimpfung der Beweis fehlt.

Als Ätiologie kommt die embryonale Keimausschaltung (Cohnheim) um so eher in Betracht, als die Gewebe imstande sind, Antitoxine zu produzieren, welche abnorm einverleibte Zellen am Weiterwachsen hindern. Wenn durch Schädlichkeiten die Alexinbildung aufgehoben wird, so können sich die embryonalen Reste weiter entwickeln, aber nur in anormaler Richtung, da die differenzierten Gewebe jenen zu einer normalen Ausbildung nicht alle Faktoren gewähren können. Doch sollen andere Theorien nicht ganz ausgeschlossen sein.

Demnach wäre das Wesen des Karzinoms ein regressiver Vorgang in den Nachbargeweben und die Proliferation der Zellen nur als Ausdruck ihrer zur Eizelle nächsten Verwandtschaft anzusehen, also etwas Sekundäres. —
L a n g e - P o s e n.

Über Technik, Indikation und Grenzen der vorderen vaginalen Köllotomie. Von Bandler. The americ. journ. of obstetr. etc. Januar 1907.

Nachdem Verf. ausführlich die Entwicklung der vorderen vaginalen Köllotomie geschildert hat und die Ansichten speziell der namhaftesten deutschen Operateure über die Operation klargelegt hat, kommt er zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Verwendbar ist diese Methode zur Beseitigung von unkomplizierten Retroflexionen;
2. bei Deszensus uteri, zumal wenn die Patientin sehr korpu-lent ist;
3. bei Kystokelen;
4. bei manchen Fällen von Prolaps eines grossen Uterus; hohe Amputation der Zervix und eine hohe Perineorrhaphie sollen gleichzeitig gemacht werden;
5. als vaginale Probelaparotomie in den Fällen, welche für bestehende Sterilität keine Ursache erkennen lassen und bei Fällen mutmasslicher Extrauterin gravidität;
6. bei konservativen Operationen an den Adnexen mit ganz geringen Adhäsionen, speziell auch wenn Retroflexio oder Versio und Deszensus oder Kystokele einen vaginalen Eingriff indizieren;
7. um Sterilität durch Wegnahme eines Tubenstückes zu erzielen;
8. um kleine bewegliche Tumoren des Ovariums oder der Tube zu beseitigen;
9. bei kleinen Myomen des Uterus;
10. a) bei vaginaler Totalexstirpation, wenn der Uterus nicht zu gross ist, und es nicht darauf ankommt, möglichst viel vom Lig. lat. mitzunehmen und bei gewissen Myomen;
- b) zur Entfernung einer doppelseitigen Pyosalpinx, wenn der erkrankte Uterus mit exstirpiert werden muss.

Diskutierbar ist der vaginale Weg:

1. bei gewissen Fällen von Extrauterin gravidität, wenn es weder zur Tubenruptur noch zum Tubarabort gekommen ist;

2. bei nicht zu grossen, beweglichen Kysten.

Kontraindikationen zur vaginalen Kōliotomie sind:

1. Schwangerschaft;
2. Operation kurze Zeit nach einer Geburt oder Fehlgeburt; ausgenommen den Fall, dass eine Totalexstirpation nötig ist;
3. wenn eine vaginale Kōliotomie oder Ablösung der Blase stattgefunden hat;
4. wenn die Gallenblase oder andere Bauchorgane untersucht werden müssen;
5. a) Nulliparae oder Multiparae mit so enger Vagina, dass ein Dammschnitt gemacht werden muss;
- b) Nulliparae mit ganz flachem Scheidengewölbe oder bei denen die Zervix nicht herabgezogen werden kann;
6. Tumoren, welche vorn und seitlich vom Uterus liegen, sodass der Uterus kaum in die Vagina hineingestülpt werden kann;
7. Infektiöse Erkrankungen, welche Uterus und die Adnexe einseitig befallen haben, weil Gefahr vorliegt, dass die andere Seite durch den Eingriff erkrankt;
8. Tuben- und Eierstockserkrankungen oder Tumoren, welche an der seitlichen Beckenwand fixiert sind;
9. Fixationen des Uterus an die hintere Beckenwand, Rektum oder Flexura sigmoidea;
10. Tumoren, welche hinter dem Uterus fixiert sind;
11. Stielgedrehte Ovarialtumoren;
12. grosse Eierstockstumoren, speziell wenn sie adhären sind;
13. Eierstockstumoren von fester Konsistenz;
14. Dermoide eines Eierstocks, zumal bei Adhäsionen;
15. Intraligamentäre Tumoren, zumal wenn sie Verwachsungen haben;
16. die meisten Fälle von Extrauterin gravidität;
17. grosse intraligamentäre Myome, speziell mit extraligamentärem Wachstum.

S a m u e l - Posen.

Sterilität des Weibes. Von Dr. K. Torkel - Breslau. Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, September 1907.

Mindestens in 26% der Fälle ist der Mann durch Azoospermie schuld an der Kinderlosigkeit der Ehe. Bei den Fällen, die der Frau zur Last gelegt werden müssen, überwiegen bei weitem die Entzündungsprozesse jeder Art. In $\frac{2}{3}$ — $\frac{4}{5}$ der Fälle erwirbt die Frau das Unvermögen Kinder zu erhalten durch die Ehe. Nur zum kleinsten Teil liegt a priori in der Frau die Unfähigkeit zur Konzeption. Es handelt sich dabei fast ausschliesslich um Missbildungen, Entwicklungshemmungen und Tumoren. Rätselhaft in ihrer Ätiologie bleiben Sterilitäten ohne pathologischen Befund jeder Art. Die in letzteren Jahren häufigeren Diskussionen über die Sterilität der Ehe haben unsere Kenntnisse kaum über das Niveau erhoben, welches vor 30 Jahren erreicht war. Der Grund dafür liegt in einer ungenügenden Weiterentwicklung der normalen Physiologie des Befruchtungsvorganges.

W e i s s w a n g e - Dresden.

Die Saugbehandlung in der Gynäkologie. Die Saugmassage.

Von Dr. C. Weinbrenner-Magdeburg. Münch. med. Woch., Nr. 40, 1. Okt. 1907, pag. 1978.

Verf. hat bei etwa 100 Fällen von wesentlich chronisch-entzündlichen Veränderungen des Uterus und Beckengewebes die Saugbehandlung geprüft. Er fand ganz allgemein, dass chronische Entzündungen und Verwachsungen am Beckenbauchfell und den Adnexen die Behandlung nicht vertragen. Ist Eiter in Tuben und Eierstöcken vorhanden, so ist die Saugmethode kontraindiziert, dergleichen bei intraperitonealen und parametranen Abszessen. Deutliche und gute Resultate dagegen erzielte Verf. bei den oben angegebenen Störungen des Uterus und des Beckenzellgewebes, also bei Narben, schwierigen Verdickungen nach Parametritiden, bei Parametritis chronica atrophicans circumscripta, bei P. chr. posterior, fixiertem Uterus etc.

Zur Ausführung der Suktion bediente sich Verf. eines Apparates, der einem gewöhnlichen Milchglasspekulum ähnelt, später aber besonders konstruierten Glases,*) welches trichterförmig die Portio umfasst und beim Ansaugen den untern Teil des Uterus in sich hineinzieht. Hat der Trichter die Portio aufgenommen, so stellt man die Verbindung mit der Saugspritze her, zu der ein starkes Gummrohr, ein Drainagehahn und eine luftdichte Glyzerin-(Klistier)spritze gehört. Nur die ersten Züge werden von der Frau unangenehm empfunden. Die Portio tritt bisweilen bis zur Vulva herab, und aus dem Os sieht man Sekret, Eiter etc. herausfließen. Die Farbe des Organs wird blaurot. Dem normalen Uterus schadet dieses Ansaugen durchaus nicht. Man kann, was Bier für akute Prozesse verwirft, hier bei chronischen Fällen ruhig mit starker Luftverdünnung arbeiten. Dauer der Behandlung 20 Minuten mit 3maliger Unterbrechung. Nach der Behandlung sind die Frauen fast ausnahmslos schmerzfrei, wie denn überhaupt die rasche Beruhigung der Beschwerden ein hervorstechender Zug dieser Behandlungsmethode ist, welche der Verfasser als „Saugmassage“ bezeichnet. Einen nachteiligen Einfluss auf Nachbarorgane (Blase, Mastdarm) konnte Verf. nicht beobachten und empfiehlt er sein Verfahren zur Nachprüfung. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zur Behandlung der Dysmenorrhöe von den Brüsten aus.

Von Prof. Dr. H. F r e u n d - Strassburg. Münch. med. Woch., Nr. 43, 22. Oktober 1907, pag. 2122.

Fr. bespricht die verschiedenartige Ätiologie der dysmenorrhöischen Prozesse und die Notwendigkeit dem entsprechend auch verschiedene therapeutische Wege einzuschlagen. Dem Vorschlage Polano's, bereits einige Tage vor Eintritt der zu erwartenden Menstruation mit der Saugbehandlung durch Aufsetzen des Klapp'schen Saugglases auf die Brustdrüsen zu beginnen, tritt er praktisch nicht entgegen. Nur verwirft er die theoretische Begründung durch Polano, indem er keinen Antagonismus irgendwelcher Art zwischen

*) Diese Saugtrichter liefert in den verschiedenen Grössen H. Hörold, Magdeburg. Preis 70—90 Pfg.

Mamma und Eierstock bestehen lassen will. Der Saugzug an den Brüsten wirke physiologisch nur auf den Uterus ein und zwar lediglich kontraktionserregend. Uteruskontraktionen durch Reizung der Brustdrüse herbeizuführen ist ein uraltes Verfahren. Die günstigen Erfolge in den 3 von Polano mitgeteilten Krankengeschichten widersprechen der Annahme dieses Zusammenhanges zwischen Brustdrüse und Gebärmutter keineswegs, denn in allen 3 Fällen trat eine Verminderung der Blutung ein. Auch Suggestion möchte dabei im Spiele sein. So sah Verf. neulich einen durchschlagenden Erfolg bei einem dysmenorrhöischen Mädchen, dem die Schröpfköpfe irrtümlicherweise auf die Hinterbacken appliziert worden waren. Jedenfalls ist der Klapp'sche Apparat ein grösserer und energischer wirkender Schröpfkopf, als wie man solche bisher benutzt hat; so erkläre sich der sehr gute Einfluss auf die Mammafunktion und Uterusblutung und in direkt eventuell auch auf eine Dysmenorrhoe. —
Freudenber g - Dresden.

Zur Behandlung inoperabler Tumoren mit künstlicher Hyperämie. Von Prof. Dr. C. Ritter-Greifswald. Münch. med. Woch., Nr. 43, 22. Okt. 1907, pag. 2124.

Verf. veröffentlicht einen Fall von Schulter Sarkom, der unvollkommen operiert und inoperabel mit dem Saugglas behandelt, anscheinend zur völligen Verheilung gelangte. Verf. tritt allen möglichen Einwendungen entgegen. Ein Irrtum in der Diagnose liegt nicht vor, klinisch und histologisch ist die Malignität festgestellt. Die unvollkommene Operation kann auch nicht den erzielten Nutzen herbeigeführt haben. Desgleichen kann der seltene Fall von Spontanheilung hier nicht vorliegen, da eine solche nie nach unvollendeten Operationen beobachtet worden ist; vielmehr pflegt alsdann das Sarkom erst recht zu wachsen. Verf. will aus dem einen Fall keine weitgehenden allgemeinen Schlüsse ziehen, hält sich aber bei der trostlosen Aussicht aller inoperablen Sarkomfälle für verpflichtet, diesen Einzelfall der ärztlichen Öffentlichkeit mitzuteilen. — Vielleicht verdient die Saugbehandlung bei inoperablem Zervixsarkom ebenfalls einen Versuch? —
Freudenber g - Dresden.

Die Ursache der Myomblutungen. Von Dr. Walter Pfeilsticker, Stuttgart. Gyn. Rundschau, 1907, II. 13.

Verf. publiziert die geistvolle Theorie des Herrn Medizinalrats Walcher in dessen Auftrage. Dieselbe ist folgende: Da der Uterus in einem fortwährenden Zustande von Erschlaffung und Zusammenziehung ist, so bedarf es eines völligen Auseinanderliegens seiner Wände, um die Entstehung eines negativen Druckes im Innenraum toter Ecken zu verhüten. Myomknoten, die unter der Schleimhaut sitzen und in die Uterushöhle hineinragen, schaffen solche tote Ecken und Räume, in welchen sich bei den Veränderungen in dem Kontraktionszustand der Gebärmutter eine Saugwirkung durch Entstehung eines Vakuums bilden kann. Die Schleimhaut der toten Ecken gerät während der Erschlaffung des Organs in einen hyperämischen Zustand; es wird Blut angesaugt und während der Kontraktion

wieder entleert. Bei der erhöhten Hyperämie der Menses mit Zunahme der Myomasse kommt es zunächst zu schweren erhöhten Blutungen nach aussen. Später auch in der Menstruationspause.

B o h n - Chemnitz.

Ein Beitrag zur Adrenalinbehandlung der Osteomalakie nach Bossi. Von Medizinalpraktikant K ä s s m a n n - Dortmund. (Geburtshilf. Abt. des Dudenstiftes). Z. f. Gyn., Nr. 44, 2. November 1907, pag. 1376.

Verf. veröffentlicht einen Fall von Osteomalakie bei einer 29-jährigen VIpara, bei der kurz vor der Entbindung die Bossikur eingeleitet und nach der Entbindung noch eine Zeit lang fortgesetzt wurde. Zwar traten keine Nebenerscheinungen auf, aber nach einem anscheinenden anfänglichen Erfolg trat absolut keine Besserung, eher eine Verschlimmerung des Krankheitszustandes auf. Verf. findet, dass über das einzuspritzende Adrenalinquantum die Bossi'schen Angaben nicht präzise sind und verschieden gedeutet werden. Liegt vielleicht ein Druckfehler in der deutschen Übersetzung vor? Immerhin wäre Klarstellung nötig. Vielleicht erklärt sich der Misserfolg des Verfassers durch zu geringe Dosis. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

De la Rachistovainisation. L'anesthésie totale au moyen de la rachistovainisation. Von Dr. C h a p u t - Paris. La presse médicale, Nr. 94, 1907.

Die Lumbalanästhesie mittelst Stovain umgreift immer weitere Gebiete und ist die Anwendung derselben eine ziemlich ausgedehnte. Von manchen Chirurgen ist nun versucht worden, die Methode auch auf andere Abschnitte des Rückenmarkes auszudehnen und hierdurch Unempfindlichkeit auch höher gelegener Körperabschnitte zu erhalten. So ist es dem Verfasser gelungen, mehrere Operationen an der Brust, der Mamma und selbst am Kopfe, vollkommen schmerzlos nur unter Stovainanästhesie auszuführen. Um die allgemeine Anästhesie mittels Rachistovainisation auszuführen, wird folgendermassen verfahren. Eine Stunde vor Beginn der Operation wird unter die Haut $\frac{1}{4}$ mg Skopolamin eingespritzt. Man bindet den Kranken die Augen und die Ohren zu und lässt sie ruhig liegen. Vor Beginn der Operation wird eine Punktion in der Lumbalgegend (und nicht in der Zervikalgegend, wie von manchen angenommen wird) ausgeführt und 10 bis 15 cc zephalo-rachidianer Flüssigkeit abfließen gelassen. Hierauf werden in zweimal je 4 cc einer 2%igen Lösung von Stovakokain $\frac{3}{4}$, d. h. 8 cc eingespritzt. Innerhalb 10—15 Minuten hat die Unempfindlichkeit das Gesicht erreicht, wo dieselbe etwa $\frac{1}{2}$ Stunde anhält. Falls die Patienten während der Operation Blässe und einen schweren Puls zeigen, wird eine Koffeineinspritzung gemacht, eventuell werden dieselben in die Trendelenburg'sche Lage gebracht. Unangenehme Zufälle wurden bei Anwendung dieser Methode nicht beobachtet; ein einziger Fall hat 12 Tage nach der Operation eine Parese des Abduzens dargeboten, welche nach zehn Tagen aber verschwunden war.

Im allgemeinen ist der Verfasser der Ansicht, dass die von anderen beobachteten unangenehmen Zufälle bei Anwendung der Rachistovainisierung meist auf verschiedene, leicht zu beseitigende Nebenumstände zurückzuführen sind. So z. B. zu grosse Menge des eingespritzten Stovains, zu konzentrierte Lösung, das Hinzufügen von Adrenalin zu derselben oder mangelhafte Sterilisation. Ferner muss hervorgehoben werden, dass reines Stovain sehr unsicher ist und dass erst das Hinzufügen einer geringen Menge von Kokain das Erzielen einer guten Anästhesie mit einer relativ geringen Dosis ermöglicht. In der Stova-Kokainlösung, welche der Verfasser benützt, ist das Stovain zu $\frac{3}{4}$, das Kokain zu $\frac{1}{4}$ enthalten und das Ganze in $\frac{1}{10}$ iger Lösung in sterilisierten Ampullen enthalten.

Kontraindikationen für die Rachistovainisierung geben ab: hohes Alter (Patienten über 65 Jahren dürfen nicht stovainisiert werden), kachektische Zustände, schwere Anämien und Infektionen, Albuminurie und Diabetes. Syphilis und Erkrankungen des Zentralnervensystems bilden ebenfalls Gegenanzeigen der Methode, da sie den Patienten der Gefahr einer Lähmung aussetzen. Doch muss man diese Gegenanzeigen nicht allzu ängstlich auffassen, und ist Chaput der Ansicht, dass viel weniger Gefahr bei der Stovainisierung besteht, wie bei der allgemeinen Anästhesie mit Chloroform.

Werden also alle Vorsichtsmassregeln beobachtet, so ist die Rachistovainisierung in der oben beschriebenen Art eine vollkommen unschädliche allgemeine Anästhesiemethode und wohl berufen, die allgemeine Anästhesie mittels Chloroform und ähnlichen Mitteln zu verdrängen.

E. T o f f - Braila.

Zur Frage der peritonealen Wundbehandlung. Von Dr. O. P a n k o w - Freiburg i. B. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., August 1907.

Auf Grund einer grösseren Reihe von Untersuchungen kommt Verf. zu dem Resultate, dass die Verschorfung des parietalen oder viszerale Peritoneums ohne Blutung in die Bauchhöhle meist zu glatter Peritonisierung der Wundflächen führt, nur in Ausnahmefällen entsteht Adhäsionsbildung. Die gleiche Wirkung tritt ein nach einseitiger oberflächlicher Verletzung der viszerale oder parietale Serosa. Wundmachen des parietalen Peritoneums bis zur diffusen, punktförmigen Blutung, wie man es hauptsächlich bei Laparotomien findet, führt verhältnismässig oft zu Verwachsungen. Das gesunde Peritoneum verleiht dem Tiere, gegenüber dem einfach wundgemachten und dem danach noch mit Thermokauter und absolutem Alkohol behandelten, einen höheren Schutz gegen Infektion. Am ungünstigsten für das Tier sind die Infektionsbedingungen bei einfach wundgemachtem und so belassenem Bauchfell. Bei Infektion der Bauchhöhle treten dann Verwachsungen fast ausnahmslos ein.

Hieraus ergibt sich die Forderung, bei Operationen jede Blutung möglichst zu stillen, sei es mit dem Thermokauter, sei es mit absolutem Alkohol, um die Gefahr der Infektion und der Adhäsionsbildung möglichst herabzusetzen. —

W e i s s w a n g e - Dresden.

Dauernd steriles Fadenmaterial. Von Dr. Wederhake - Düsseldorf. Deutsche med. Woch., Nr. 47, 1907.

Verf. empfiehlt das von ihm angegebene, von der Firma Dr. Degen und Kuth, Düren (Rheinland) hergestellte Nähmaterial, insbesondere Silberseide und Silberkautschukseide.

Der ohne Spuhle aufgewickelte Faden, für dessen absolute Sterilität die Fabrik jede Garantie übernimmt, liegt in einer antiseptischen Flüssigkeit eingeschlossen, sodass nur ein kurzes Fadenende aus einem durchbohrten Kautschukstopfen hervorragt. Dieses innere Gläschen befindet sich in einem zweiten, ebenfalls mit antiseptischer Flüssigkeit gefüllten, welches also die Aussenwand des inneren Gläschens und das hervorragende Fadenende umspült. Öffnet man nun das äussere Glas, so kann man mittels einer sterilen Pinzette das innere Glas entnehmen, die nötige Seidenmenge aus dem inneren Glas, ohne es zu öffnen, entfernen und dann dasselbe wieder in die Flüssigkeit des äusseren Glases versenken, ohne überhaupt mit dem Fadenmaterial in Berührung gekommen zu sein. Auf diese Weise bleibt auch der Rest der Seide sicher steril und braucht nicht, wie das bei der üblichen Glaspackung, oder der Packung in Glasampullen meistens geschieht, fortgeworfen zu werden, sondern kann bei einer weiteren Operation verwendet werden.

Nach allem also wird in der Durana-Triplex-Packung, wie dieselbe genannt wird, dem Arzte ein zubereitetes Nähmaterial geboten, welches sicher sterilisiert und stets gebrauchsfertig, sparsam im Gebrauch und dabei billig ist. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Vereinfachung des Verbandes nach Mammaamputation und anderen Operationen in der Achselhöhle. Von Dr. Ad. Ebner. M. m. W., 17. Sept. 1907.

Um die Beweglichkeit des Schultergelenkes nach grösseren Operationen in der Achselhöhle nicht zu gefährden, verfährt der Verf. bei der Nachbehandlung nach klinischer Erfahrung folgendermassen: Der Arm wird in überaus einfacher und bequemer Weise durch einen über den Arm bis zur Mitte des Oberarmes gezogenen Trikotschlauch eleviert, der mit seinem freien Ende vermittelst einer anzuknüpfenden Mullbinde leicht an dem oberen Kopfstück des Bettgestelles befestigt werden kann. Der Grad der Elevation lässt sich in einfacher Weise durch Verkürzung oder Verlängerung des befestigenden Bindendes verändern. In der Regel wird die Elevation so weit getrieben, dass der Oberarm in einem stumpfen, mindestens aber in einem rechten Winkel vom Körper absteht. Das Abgleiten des Trikotschlauches wird verhindert durch eine Mullbinde, welche am unteren Ende des Schlauches durch zwei eingeschnittene Löcher befestigt und dann unter dem gesunden Arm um die Brust herum vereinigt wird. Es empfiehlt sich jedoch, vor dem Einschnitten der Löcher das untere Ende des Schlauches 1—2 mal nach oben umzulegen, da so ein Ausreissen der Binde bei dem dünnen Gewebe des Trikotschlauches leicht vermieden werden kann. Bei der Versorgung der Wunde kann der den Thorax umfassende, namentlich dicken Patienten unbequeme Verband, vermieden werden mit Hilfe

eines einfachen Heftpflasterverbandes. Bei diesem ist jedoch zu berücksichtigen, dass man nicht nur in der Achselhöhle, sondern auch am untersten Wundwinkel, wo häufig die Haut etwas reichlich vorhanden ist und leicht Retentionen entstehen können, dicke Bäusche von Krüllgaze verwendet und diese fest mit Heftpflaster andrückt. Gerade an der letzteren Stelle ist es deshalb auch empfehlenswert, die Nähte nicht nur durch die Haut zu legen, sondern auch die Muskulatur mitzufassen, um so noch sicherer diese Retentionen zu vermeiden. Das Dränrohr, das stets in die Achselhöhle zu liegen kommt, wird am 5. oder 6. Tage entfernt. Die Patienten dürfen durchschnittlich nach einer Woche aufstehen. Es empfiehlt sich aber, sie in der nächsten Woche darauf wenigstens in der Nacht den Trikotschlauch mit entsprechender Erhebung des Armes noch tragen zu lassen. Bei der Entlassung sind sie dann imstande, sich ohne Beschwerden selbst die Haare zu machen. — *Medico.*

Metrorrhagia syphilitica. Von Prof. Dr. C. A. Muratow (Kiew). Zentrbl. f. Gynäk., Nr. 27, 1907, pag. 830.

Unter Anführung persönlich beobachteter Krankengeschichten sowie der Berichte anderer Autoren behandelt Verf. ein bisher noch ziemlich wenig studiertes Kapitel. Er ist der Meinung, dass Gebärmutterblutungen auf syphilitischer Basis durchaus nicht so selten seien, wie man vielleicht annehme, und dass dieser Gegenstand ein eingehenderes Studium verdiene. Auf Grund des zuströmenden reichlichen Materiales sei von den Syphilidologen die meiste Aufklärung zu erwarten und bittet er daher die Beobachter einschlägiger Fälle um freundliche Mitteilung.

Bei allen lange anhaltenden Metrorrhagien unklarer Provenienz müsse eine eingehende objektive und subjektive Untersuchung auf Lues vorgenommen werden. Der Gynäkologe werde daher in suspekten Fällen gut tun, solche Kranke dem syphilidologischen Spezialisten behufs exakter Diagnosenstellung zuzuweisen. Es sei eine weitere Beobachtung und Nachfrage der Patientinnen nötig, um die Bedeutung und Beständigkeit der nächtlichen Schmerzen in der Genitalsphäre aufzuklären. Besonders lenkt er die Aufmerksamkeit der Frauenärzte auf den sog. „Arterien Schmerz“, der sich im Laufe der Beckenarterien verbreitet und bislang besonders die Aufmerksamkeit französischer Ärzte erregt hat. Da die Lues so verbreitet ist, könne man wohl denken, dass ein grosser Teil der gynäkologischen Krankheiten auf ihr beruhe. Verf. betont nun zweierlei: Nimmt man gleich ihm diesen Standpunkt ein, so wird man gegenüber zahlreichen, quälenden und hartnäckigen Beschwerden in der Geschlechtsphäre froh die Möglichkeit begrüßen, dass sich durch eine anti-syphilitische Kur eventuell die Aussicht biete, therapeutisch wirksam eingreifen zu können. Und des fernerer betont er, dass, wenn er auch kein Gegner der Abrasio mucosae sei, für ihn doch die Tatsache feststehe, dass die Vornahme eines Kürettaments in vielen Fällen unterbleiben würde, wenn die Frauenärzte den Gebärmutterblutungen aufluetischer Grundlage mehr Beachtung schenken würden, als dies bislang zu geschehen pflege. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Eine besondere Form von klimakterischen Blutungen. Von Dr. Meyer-Ruegg. Z. f. G. No. 22, pag. 629, 1907.

Verf. teilt 4 Krankengeschichten mit, die in Aetiologie und Verlauf so viel Gemeinsames haben, dass sie sich zu einem Typus vereinigen lassen, den M. R. selber folgendermassen beschreibt:

„Wochenlang andauernder blutig gefärbter Ausfluss führte die jenseits des durchschnittlichen klimakterischen Alters stehenden Frauen zum Arzt. — Ihre Menstruation war in den vorausgegangenen Jahren profus und langedauernd gewesen; dies und der schleimige Ausfluss, der bestanden hatte, lässt auf Endometritis schliessen.

Die Untersuchung bestätigt zunächst das Bestehen eines blutig gefärbten, serösen Ausflusses. Die Scheide zeigt Altersveränderungen: sie ist kurz, ihre Schleimhaut glatt, atrophisch. Die Portio vag. ist klein oder fehlt ganz; das Korpus uteri erscheint verkümmert, hart, bereits involviert. Der supravaginale Teil der Zervix dagegen ist verhältnismässig gross. — Der Muttermund ist sehr klein, kaum oder gar nicht zu tasten; im Spekulum stellt er eine winzige Öffnung dar, die nur an einem dünnen heraushängenden Schleimfaden zu erkennen ist. Mit einiger Mühe und mit Überwindung eines Widerstandes gelangt die Sonde in den Zervikalkanal hinein; er ist ampullenartig erweitert: beim Zurückziehen der Sonde quillt vermehrter blutiger Schleim und schwarzes geronnenes Blut heraus. Wird der äussere Muttermund ausgiebig erweitert, so ergibt sich, dass er mit lose haftender, schwarzer, ausgetrockneter Kruormasse angefüllt ist. Man möchte den Befund als zervikale Hämatometra bezeichnen.“

In allen 4 Fällen, deretwegen wir auf das Original verweisen müssen, gelang es dem Verfasser durch stumpfe Erweiterung oder Diszision die Stenose zu beseitigen, das Blut zu entleeren und Heilung herbeizuführen.

Freudenberg - Dresden.

Über einen Fall von Prolapsus urethrae bei gleichzeitigem Totalprolaps des Uterus. Von Dr. Theodor Haagn. Mährisch-Rotwasser. Gyn. Rundschau, Heft 13.

Ein Fall aus der Landpraxis und aus einem kleinen Krankenhaus, den der als Operateur bekannte Dr. Haagn selbst mit Glück operierte. Die alte Frau, um die es sich handelt, hat schon einen Anfall von Harnverhaltung gehabt, der aber wieder schwand. Sie erkrankte diesmal mit häufigem Urindrang, und fühlte eine kleine schmerzhaftige Geschwulst vor dem Scheideneingang. Man sieht eine walnussgrosse blau gefärbte Geschwulst anstelle des Harnröhreneinganges. Eine Uretralöffnung ist nicht zu sehen, dagegen findet man auf der Kuppe der Geschwulst eine kaum stecknadelkopfgrosse Öffnung, aus der blutiger Urin hervorträufelt. Unterhalb des Tumors ein zweiter faustgrosser, den vorgefallenen Uterus darstellend. Der der Uretralmündung entsprechende Tumor ist brüchig und schmerzhaft, also nicht mehr zu reponieren, Urin kann aber spontan gelassen werden. Kateterisierter Urin ist klar, Zystitis besteht nicht. Auf Wunsch der Greisin wird am folgenden Tage zweimal die Reposition versucht, aber ohne Erfolg. Am dritten Tag Operation in leichter Narkose. Die prolabierte Schleimhaut wird durch je zwei Klemmen

in der Medianlinie vorn und rückwärts abgeklemmt, und zwischen den Klemmen sagittal bis zum Orific. ur. gespalten, hierauf knapp am letzteren mittels kurzen Scherenschlägen abgetragen; die intakte Harnröhrenschleimhaut wird durch Seidenfäden an ihrer äusseren Randung fixiert. Darauf Prolapsoperation. Gute Heilung.

B o h n - Chemnitz.

Zur Statistik der Prolapsoperationen. Von Dr. S c h a r p e - n a c k. Z. f. G. No. 36, pag. 1073, 1907.

Verf. berichtet aus der Leipziger Univ. Frauenklinik über mehr als hundert in der Zeit von Mitte 1903 bis Frühjahr 1907 nach Schauta's Methode operierter Fälle. Die Resultate waren dabei alsbald so befriedigende, dass bei älteren Frauen sogar keine Pessare mehr angewendet, und auch selbst leichtere Fälle gleich operiert wurden.

Die Vornahme der Operation beschreibt Verf. folgendermassen:

„Die Operation wurde in den ersten etwa 50 Fällen durchweg folgendermassen ausgeführt: die Umschlagsfalte des Peritoneums wurde nach mit dem Paquelin bewirkter querer Durchtrennung der vorderen Scheidenwand dicht über der Portio und Hochschieben der Blase eröffnet. Dann wurde die vordere Scheidenwand sagittal durchschnitten bis an die Urethra, und nach beiden Seiten die Schleimhaut in 2 bis 3 cm breite, nach der Urethra zu verlaufende Lappen von der Blase abpräpariert, möglichst stumpf. Nach exakter Blutstillung wurde jetzt der Uterus mittelst kleiner Doppelhaken durch die Öffnung der Plika durchgezogen. Der Fundus wurde mit einer Seidennaht zunächst zum Zwecke des Festhaltens durchstochen, dann nach event. Versorgung der Tuben mit derselben Seidennaht an die vordere Scheidenwand zwischen die vorgebildeten Schleimhautlappen fixiert. 3—4 Katgutknopfnähte durch Scheidenlappen und Uterus gelegt vervollständigten die Fixation. Das untere Ende des sagittalen und des querlaufenden Paquelineschnittes blieben offen und wurden event. mit einem Gazestreifen drainiert. Mit einer Dammplastik wurde die Operation beendet.“

Als Operationsdauer gibt Verf. im allgemeinen 35 Minuten an. Die Plika ist freilich bisweilen schwer aufzufinden. 75% der Operierten verliessen die Anstalt spätestens am 19. Tage nach der Operation, über die Hälfte bereits am 16. Nur 3 komplizierte Fälle hatten eine wesentlich längere Rekonvaleszenz. Gestorben ist keine Patientin und besorgniserregende Störungen (Darm oder Peritoneum) kamen nicht vor. Auch spätere Nacherkrankungen haben im grossen und ganzen recht befriedigende Resultate ergeben, insofern als die Zahl der Rezidive verhältnissmässig gering ist. Unter 5 Rezidiven sind 4 typische Vorderwandrezidive. Verf. glaubt daher, dass sich für die Folge nahezu 100% Dauerheilungen ergeben würden, wenn man die folgenden beiden Kardinalforderungen bei der Operation erfülle:

1. Ausschalten der alten Kystokelenwand durch Festlegen des Uterusfundus dicht an die Urethra, unter genügender Resektion der Scheidenschleimhaut.

2. Anlegen eines hohen und dicken Dammes und, falls nicht gute Heilung erfolgt, wiederholte Plastik des Dammes, die nicht bloss

in eine Art Lippenbildung zwischen äusserer Haut und Scheidenschleimhaut bestehen darf.

Da die Operation sterilisiert, ist sie für jüngere prokreationsfähige und prokreationslustige Frauen ausgeschlossen, bei älteren aber dürfte sie, nach des Verfassers Meinung, auch bei leichteren Prolapsen die Pessarbehandlung verdrängen. Im übrigen sieht Verf. in der Sterilisation auch gegenüber noch nicht gar alten Frauen, die schon mehrere Kinder haben und sich für diese gesund und rüstig erhalten sollen, einen Vorzug der Methode. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Erfolge der Pessartherapie in der gynäkologischen Praxis.

Von Dr. S c h w a b, Münch. med. Woch. No. 29, 1907.

Der Verf. hat 124 gynäkologische Fälle mit Pessaren behandelt. Er teilt dieselben in zwei Gruppen, in solche welche schon anderweitig behandelt worden waren und in solche, welchen er selbst erstmalig in der Sprechstunde ein Pessar einlegte. Diese letzteren ergaben grössere Erfolge, da hierbei mehr den speziellen Indikationen entsprochen wurde. Von diesen Fällen — 73 im ganzen — litten 24 an Uterusprolapsus mit oder ohne Retroflexio und 49 an einfacher mobiler Retroflexio. Von den 24 Prolapskranken waren 2 phthisisch und 5 ältere Frauen wiesen einen totalen Vorfall auf. Hierbei wurden runde Ringe eingelegt, wobei sich die Kranken wohlbefanden. Die 17 anderen Patientinnen verweigerten zunächst jeden operativen Eingriff, 8 von ihnen erklärten sich mit der Wirkung eines eingelegten Pessars zufrieden, 3 hatten keinen Erfolg und 6 entschlossen sich später zur Operation. Bei allen diesen handelte es sich um Prolapse mittleren Grades.

Von den 49 an mobiler Retroflexio uteri leidenden Frauen müssen 3 an Schwindsucht, Morbus Basedow und Retroflexion des schwangeren Uterus leidende Personen ausgeschieden werden. Bei 2 Frauen zeigte sich kein Erfolg. In 21 Fällen dagegen war das Ergebnis ein gutes. Als wirklich geheilt aber konnten nur 2 Kranke das Pessar schliesslich fortlassen, bei den 19 übrigen lag der Uterus gut, solange das Pessar belassen wurde. In 20 Fällen wurde das erhoffte Resultat nicht erzielt, und 3 mal musste zur Operation geschritten werden. Daneben wurden die Patientinnen stets einer Allgemeinbehandlung unterworfen. Alles in allen also wurde kaum in der Hälfte der Fälle ein günstiges Resultat erzielt.

Wenn man bedenkt, dass in mehr als einem Drittel der mit Pessaren behandelten Fälle die Affektion der Adnexe oder die Retroflexio stets fortbestand, so darf man wohl sagen, dass das Pessar in der Therapie der Schieflagen des Uterus nur ein recht ungenügender Heilfaktor ist. Man sollte also nur zu seiner Anwendung schreiten, wenn man nichts anderes zu tun in der Lage ist und eine Operation nicht möglich erscheint.

Was die 51 Kranke anbetrifft, welche schon mit einem Pessar in die Sprechstunde kamen, so waren diese im allgemeinen mit dem erzielten Ergebnis nicht zufrieden. Von 22 in dieser Weise jahrelang behandelten Frauen mit Prolaps bezeichneten nur 2 Matronen, eine davon eine Invalidin, ihren Zustand als erträglich; 12 verlangten

nach der Operation, nachdem sie 7 Jahre lang einen Ring getragen hatten.

Von den 29 fernern mit Flexionen behafteten Fällen erklärten sich 4 Kranke mit dem erreichten Zustand einverstanden, 8 entschlossen sich zur Operation, bei 8 anderen verschwanden die Störungen nach Herausnahme des Pessars, Einleitung einer Allgemeinbehandlung und Behebung der bestehenden Endometritis. Die übrigen Patientinnen wurden den verschiedenen Indikationen entsprechend behandelt.

Zum Schluss lässt sich zusammenfassend nur sagen, dass die Pessartherapie in gewissen besonders geeigneten Fällen wohl gute Ergebnisse zu liefern imstande ist. Für den Verfasser aber erscheint sie als nichts anderes denn eine Massregel der Not, wenn sich die Patientinnen nicht zu der Operation entschliessen können. —

Freudenberg - Dresden.



Referate über Geburts- und Säuglingspflege.

Altersbestimmungen menschlicher Embryonen und Föten auf Grund von Messungen und von Daten der Anamnese.

Von Paul Michaelis. Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig. Arch. f. Gynäk. Bd. 78.

Verf. berichtet über Messungen an 100 Föten. Jene betrafen: Körperlänge, Scheitelsteisslänge, Rumpflänge, Körpergewicht, Gehirngewicht, Thoraxumfang, Thoraxtiefe, Schulterbreite, Leibesumfang, Distantia fronto-occipitalis, Dist. suboccipito-bregmatica, Dist. biparietalis, Dist. bitemporalis, Circumferentia frontalis, Circumferentia occipito-frontalis, Länge der oberen und der unteren Extremitäten. Die Resultate aller einzelnen Tabellen sind zum Schluss in einer Tabelle zusammengefasst. Diese ist der erste Versuch einer Normaltafel des fötalen Körpers für die einzelnen Monate. —

Langen - Posen.

Wiederauffüllung des Uterus nach vorzeitigem Blasensprung, nach dem Vorschlage des San.-Rat Bauer.

Von Prof. Peters. Z. f. Gyn., Heft 16, pag. 814, 1907.

Ohne jedes Vorwissen, dass Herr San.-Rat Dr. Bauer in Stettin bereits den gleichen Plan gefasst und durchgeführt hat, ein Instrument zu konstruieren, vermittels dessen die Gebärmutter im Falle einer vorzeitigen Entleerung mit indifferenter sterilisierter Flüssigkeit wieder aufgefüllt werden könnte, hat auch Verf. ein solches konstruiert. Der Wiener Instrumentenmacher Leiter (Wien, Mariannen-

gasse) hat den Apparat durch die Firma C. Müller in Berlin ausführen lassen. Derselbe besteht aus einem Metreurynter, den ein Rohr aus dickerem Weichkautschuk zentral durchbohrt. Letzteres ist dazu bestimmt, durch dasselbe, nachdem der Metreurynter eingelegt und nicht allzuprall mit 1—2 prozentiger Lysollösung oder einem ähnlichen ungiftigen Desinfiziens gefüllt und nachdem der elastische Zug behufs Tamponade des Orifiziums angebracht ist, den Uterus mit sterilem Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung zu füllen. Dass, wie der Verf. glaubt, schon 400—500 Gramm Flüssigkeit genügen würden, z. B. die Beweglichkeit der Frucht eventuell wesentlich zu erhöhen, dürfte wohl kaum Widerspruch finden. Überhaupt erscheint die Idee sehr einleuchtend, zahlreichen geburtshilflichen Indikationen entsprechend und durchaus aussichtsreich. Es ist erstaunlich, dass der von B. gemachte Vorschlag s. Z. nicht mehr Anklang gefunden hat. Jedenfalls hat sich Verf. ein nicht geringes Verdienst dadurch erworben, dass er den von ihm selbstständig erfassten Gedanken als Erneuerung des B.'schen Vorschlags jetzt wiederholt. Praktische Erfahrung besitzt er diesbezüglich noch nicht, muss sich also zunächst mit der gegebenen Anregung begnügen.

Die Manipulation mit seinem Metreurynter beschreibt er wie folgt: „Einstellung und Anhacken der Portiö, Desinfektion der Zervix, Zusammenfaltung des ausgekochten Metreurynters und Fassen desselben mit glatter Chrobak'scher Tamponzange. Nun wird das rote Auffüllrohr mit der die physiologische Kochsalzlösung (ca. 1 Liter) enthaltenden Druckflasche verbunden und unter mässigem Drucke die Luft ausgetrieben und dann bei fliessendem Rohre der Ballon in das untere Segment eingeführt. Dabei kann darauf geachtet werden, dass die obere Öffnung des Auffüllrohres nach jener Seite sieht, auf welcher der vorliegende Kindesteil am meisten Platz lässt. Nun wird der Ballon durch das schwarze Kautschukrohr mit der der Ballongrösse entsprechenden Menge 1 proz. Lysollösung gefüllt, das Rohr abgeklemmt, und ein elastischer Zug an dem Schlauche angebracht. Jetzt erst wird, nachdem der Stand der Flüssigkeit in der Druckflasche notiert ist, durch Steigerung des Druckes die Flüssigkeit langsam, wenn Wehen vorhanden wären, natürlich nur in den Wehenpausen, in den Uterus eingetrieben. Sollte es sich zeigen, dass die Tamponade keine vollkommene ist, dann kann die Füllung des Ballons oder auch gleichzeitig der elastische Zug verstärkt werden. Nach Vollendung der Wiederauffüllung — wenn möglich bis zu $\frac{1}{2}$ l — wird der rote Einlaufschlauch durch eine Klemme abgeklemmt und der Schlauch mittels Heftpflasterstreifen an einem Oberschenkel fixiert.“ —

Freuden berg - Dresden.

Betrachtungen über 1446 Fälle von Vorderscheitelstellung.

Von Dr. J. A. Harrar - New York. Bull. of the Lying-in Hospital, N. Y., Vol. III., Nr. 4, 1907.

Verf. beobachtete unter 41 800 Geburten am oder nahe dem Termin 1446 Fälle von Beharren des Hinterhaupts in der posterioren

Einstellung. Bei 1013 derselben kam es zur spontanen Geburt, während 433 behufs Vollendung der Entbindung Kunsthilfe verlangten. Die manuelle Lageverbesserung genügte nur in 25 Fällen, die Zange wurde 286 mal angelegt, die Wendung kam 100 mal und die Kraniotomie 22 mal zur Anwendung. Was die relative Häufigkeit der 3. und 4. Lage anbetrifft, so wurde das Verhältnis der rechten und linken Vorderscheitelstellung als 18:1 in denjenigen Fällen ermittelt, in welchen es während der Geburt zu einer spontanen Rotation des Hinterhauptes nach vorne kommt. Dagegen verhalten sich diese Ziffern beim Verharren des Hinterhauptes nach rückwärts wie 4:1. Dabei muss bemerkt werden, dass das rechts stehende Okziput weit häufiger nach vorne rotiert wird, als das linksstehende. Die Länge oder die Lage der Nabelschnur kommt als ätiologischer Faktor nicht in Betracht. Der Blasensprung findet bei normalen Hinterscheitellagen in $\frac{1}{5}$ der Fälle im I. Geburtszeitraum statt, während beim Verbleiben des Hinterhauptes in der Rückwärtsstellung die Ruptur der Eihäute bereits in der Hälfte der Fälle beobachtet wurde. Der Damm reißt nicht öfter ein als bei der Hinterscheitellage, abgesehen von den Fällen, in welchen der Kopf bei nach hinten gerichtetem Hinterhaupt mit der Zange entwickelt wird, wobei allerdings üble Verletzungen vorkommen. Die mütterliche Sterblichkeit ist keine erhöhte. Die kindliche Mortalität schwankt bedeutend je nach der Entbindungsart. Einschliesslich der innerhalb der ersten Woche nach der Entbindung gestorbenen Kinder betrug dieselbe 9 Prozent. Die hohe Zange ergab in den Fällen, in welchen der Kopf in Vorderscheitellage am Vorberg stecken blieb, bessere Resultate als die Wendung. Als das günstigste Verfahren für die Kinder mit in die Beckenhöhle eingetretenem Kopfe erwies sich die manuelle Rotation mit nachfolgender Zangenapplikation. Bei der Drehung des Hinterhauptes nach vorne durch manuelle Methoden legt der Verf. besonders grossen Wert auf die Unterstützung durch die äussere Einwirkung seitens eines Assistenten auf den Leib des Kindes, während er selbst die innere Manipulation von der Scheide aus vornimmt. Bezüglich der Stellung der Diagnose lenkt er die Aufmerksamkeit auf die Übereinanderschlebung der Schädelknochen. Die Seitenwandbeine verschieben sich über die Hinterhauptsschuppe und das tiefer stehende oder in Rückwärtsstellung verharrende Os parietale über sein Gegenstück.

Verf. unterscheidet 2 Klassen von persistierender Vorderscheitelstellung: 1. Fälle, in welchen für den Foetus eine leichte Durchtrittsmöglichkeit besteht, bei kleinem Kopf, geräumigem Becken und günstigem Geburtsverlauf nach bereits vorhergegangenem ähnlichen; 2. Fälle, bei denen es künstlicher Nachhilfe bedarf und bei denen nach dem Urteil des Geburtshelfers die sich selbst überlassene Geburt gefährlich oder gar unmöglich sein würde. Zwei Zeichen weisen auf das Ausbleiben der Drehung nach vorne hin, 1. Verzögerung im Vorrücken des Kopfes bei energischen Wehen, und 2. ein regelmässiges Herabtreten des Kopfes in die Beckenweite mit allmählich anwachsender Extension. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über Gesichtslage. Von Dr. J. Thies, Assistent der Leipziger Univ. Frauen-Klinik. Z. f. Gyn., Heft 28, 1907, pag. 867.

In der Leipz. Univ. Fr.-Klinik kamen von 1887—1901 75 Gesichtslagen vor, in der Poliklinik und Klinik zusammen bis 1907 240. In 10 Prozent der Fälle wurde eine Umwandlung derselben in eine Schädellage ausgeführt und zwar je 12 mal in der Klinik und der Poliklinik. Nur ein Kind wog weniger als 3000 gr. In der Hälfte der Fälle (12 mal) lag rachitisch-plattes oder einfach plattes Becken vor, 9 mal normales Becken, 3 mal unbekannt. Die Umwandlung der Lage wurde stets nach dem kombinierten Verfahren von Thorn vorgenommen, d. h. mit der Kombination der inneren Handgriffe von Baudelocque mit den äussern von Schatz. Die innere Hand versucht entweder den Hinterkopf wie eine Kugel zu umfassen oder sucht einen Angriffspunkt am Gesicht, das zurückgedrängt wird. Die äussere Hand sucht einen Angriffspunkt an den Schultern, während ein Assistent den Steiss dem Kopf entgegenedrückt. 19 mal unter den 24 Fällen gelang diese Umwandlung, 5 mal misslang sie.

Nach der Umwandlung der Lage pflegte die Geburt in $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde zu verlaufen. 11 mal kam binnen dieser Zeit das Kind spontan. 4 mal machte sich die Zange am tiefstehenden Kopf nötig. 1 mal fand die Entbindung mit der hohen Zange und 2 mal, nach deren vergeblicher Anlegung, mit der Perforation statt. Von 19 Kindern starben 3 = 12 Prozent.

Thorn verlangt als Vorbedingung der Umwandlung genügende Beweglichkeit der Frucht und Einführungsmöglichkeit der halben Hand durch den Muttermund. Diese 2. Vorbedingung war in nahezu allen Fällen des Verfassers ziemlich gut vorhanden, nicht jedoch die erste. Manchmal bestanden die Wehen schon tagelang, einmal war sogar die Blase schon 6 Tage vor der Umwandlung gesprungen. In solchen Fällen lässt sich kaum ein bewegliches Kind verlangen.

Drehungen des Gesichts mit der Zange sind für die Mutter zu gefährlich. Auch das Kind ist durch die Zange bei Gesichtslage weit leichter Verletzungen ausgesetzt als bei der gewöhnlichen Zange, zumal bei gleichzeitiger Beckenenge.

Als Präventivmassregel muss das Thorn'sche Verfahren, wie es ja auch Thorn will, möglichst früh angewendet werden. Aber die Resultate des exspektativen Verfahrens bei Gesichtslage sind im allgemeinen so gute (90 Proz. verlaufen spontan), dass man sich hier vor Übereifer hüten muss. Selbst bei den Operationen bei tiefstehendem Kopf hat die Leipziger Klinik noch so gute Resultate, dass sie kaum die Durchschnittsziffern der Gesichtslage überhaupt nach der ungünstigen Seite übersteigen. Nur bei direkt feststehendem Kopf mit der Leitstelle unter der Interspinallinie lässt sich die Operation nicht mehr vollenden. Alsdann kommt bei völlig geöffnetem Muttermund die Entbindung in Frage. Denn da sich aber dabei oft Kreislaufstörungen beim Kinde einstellen, so muss der Arzt in

der Lage sein, sofort entbinden zu können und zwar mit der Zange.

Als Indikation hätte daher zu gelten: dauernde Verzögerung der Geburt bei vorzeitigem Blasensprung, ferner seitens des Kindes sowohl als auch der Mutter eine direkte Indikation. Kontraindiziert erscheint der Thorn'sche Handgriff bei drohender Uterusruptur, Placenta praevia, Nabelschnurvorfall, Armvorfall, also bei Komplikationen, die meist schon frühzeitig, in der Eröffnungsperiode aufzutreten pflegen. Das enge Becken sieht Verf. nicht als eine Kontraindikation, sondern vielmehr als eine direkte Indikation an.

Als Operationsverfahren empfiehlt Verf. den Thorn'schen Handgriff mit Spontangeburt oder mit nachfolgender Zange. Dagegen verwirft er den Handgriff als prophylaktische Wendung. Schliesslich macht er darauf aufmerksam, dass man rechtzeitig, wenn ein vorzeitiger Blasensprung besteht, bei Gesichtslage einen Metreurynter anlegen solle, um bei Indikation von seiten des Kindes nach vollendeter Umwandlung die Möglichkeit der Entbindung zu haben. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zur Schätzung des Querdurchmessers des kindlichen Kopfes in der Schwangerschaft.

Von Dozent Dr. K e r -
m a u n e r. Z. f. Gyn., No. 21, 1907.

Bei der Prognose der Geburt spielen die Kopfdurchmesser gewiss eine grosse Rolle neben denjenigen des Beckens. Zur Schätzung der ersteren gilt noch immer die Impression ins Becken nach P. Müller als die beste Methode, obwohl schon Ahlfeld diese als unzuverlässig bezeichnete. Man hat daher den fötalen Kopf direkt zu messen versucht und hat Macdonald hierfür einen besonderen Tasterzirkel angegeben. Doch verliert man nach der Erfahrung des Verfassers auch bei längerer Übung dieser Prozedur nie ganz ein gewisses Gefühl von Unsicherheit. Immerhin aber ist er von der Richtigkeit und praktischen Ausführbarkeit der direkten Messung nach Ahlfeld und Rieländer überzeugt und bestrebt, die Brauchbarkeit dieser Methode zu steigern.

Er geht dabei von der feststehenden Tatsache aus, dass beim engen, speziell jedoch beim platten Becken, nicht der biparietale Durchmesser in Frage kommt, sondern ein weiter vorn liegender, event. sogar der bitemporale. Es genüge also, wenn wir das letztere oder ein diesem nahekommendes Mass rechnerisch bestimmen und zahlenmässig ausdrücken können. Dieses Mass sei viel eher zur Konjugata vera in direkte Beziehung zu setzen als der biparietale Durchmesser, der stets in eine seitliche Beckenbucht ausweiche. Rechne man ausserdem noch mit einer gewissen Konfigurabilität des kindlichen Kopfes und mit der Unsicherheit der Beckenmessung, so genüge es vielleicht sogar, wenn man in einer Zahl das Mass des bitemporalen Durchmessers auf $\frac{1}{2}$ Zentimeter genau bestimme.

Eine einfache Berechnung zeige nun, dass zwischen der Fruchtlänge und dem Durchschnittsquerschnitt des kindlichen Kopfes eine

bestimmte Relation bestehe. An 200 Fällen, welche Verf. wahllos den Geburtsgeschichten entnommen hat, überzeugte er sich, dass man eine brauchbare Mittelzahl erhält, wenn man das Längenmass des Kindes durch 6 dividiert. Vernachlässigt er eine Differenz von 0,2 cm — bei der Konstruktion unserer Tasterzirkel dürften event. Messfehler eher noch weitergehen —, so ergäbe sich in $47 = 23,5$ Proz. der Fälle eine vollständige Übereinstimmung zwischen dem bitemporalen Durchmesser und dem berechneten Mass. Kleiner fand er das Mass nur in 20 Fällen = 10 Proz., und davon nur in 7 Fällen um 0,6 bis 1 cm kleiner = 3,5 Proz. (1 cm nur 2mal), meist bei auffallend rasch verlaufenen Geburten und sehr wenig konfiguriertem Kopfe.

49 mal war das Mass bis zu 0,5 cm grösser als der bitemporale Durchmesser, 13mal um ebensoviel kleiner; vernachlässigte er als Messfehler und zugleich als event. Konfigurationskoeffizient diesen halben Zentimeter, so ergaben sich 54,5 Proz. übereinstimmende Resultate. Er brauchte diese Vernachlässigung jedoch gar nicht, denn es kann sich der Kopf auch mit einem weiter okzipitalwärts gelegenen grösseren Durchmesser in die Konjugata vera einstellen. — Ein um 0,6 bis 0,75 cm grösseres Mass fand er 20 mal, ein 0,76 bis 1 cm grösseres 30 mal (zusammen 25 Proz.). Diese grösseren Differenzen waren besonders dann zu verzeichnen, wenn der Kopf sehr stark konisch geformt und die Differenz zwischen biparietalem und bitemporalem Durchmesser sehr gross war. Auch die 27 Fälle (13,5 Proz.), in welchen die durch Rechnung und Mass gefundene Differenz mehr als 1 cm betrug (in allen Fällen nur über dem Mass des bitemporalen Durchmessers, nie darunter), gehören hierher. Doch betont Verf. besonders, dass auch in diesen Fällen das Mass des grössten Querdurchmessers nur 2mal (um 0,16 und 0,42 cm) überschritten, 2mal erreicht und 4 mal annähernd erreicht wurde. In allen anderen Fällen blieb das Mass mindestens 0,5 cm, meist mehr als 1 cm darunter. Die Länge der Kinder schwankte zwischen 40 (vereinzelte auch darunter, bis 33,5 cm) und 54 cm; überall war dasselbe Verhältnis zu konstatieren.

Besonders wichtig erscheint dem Verf. der nochmalige Hinweis auf die Tatsache, dass nur in 13,5 Prozent der bitemporale Durchmesser grösser war als die nach der angegebenen Rechnung gefundene Zahl und nur in 4 Proz. der biparietale Durchmesser überschritten wurde. 82,5 % der Fälle ergaben also auf diese Weise berechnet ein Mass, welches zwischen den beiden Durchmessern liegt; und in 48 Proz., also etwa in der Hälfte der Fälle, war die so gefundene Zahl höchstens um 0,5 cm grösser als der wichtige bitemporale Durchmesser.

Die Vorteile dieser einfachen Berechnung liegen auf der flachen Hand. Mit vollem Recht weist Verf. zum Schluss auf die spezielle Bedeutung dieses Verfahrens für die Bestimmung des Zeitpunktes zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge hin. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die prophylaktische Armlösung bei der Wendung. Ein Fall von Luftembolie während der Geburt. Von Dr. A p p e l - s t e d t. Z. f. Gyn., Heft 23, pag. 652.

Verf. beschreibt einen Fall von Gesichtslage, der allerdings infolge von Luftembolie bei vorzeitiger Ablösung der Plazenta unter Herzkollaps tödlich endete, aber doch dartat, welche Wohltat eine prophylaktische Armlösung bei der Wendung sein kann. Verf. rät daher in jedem Falle von innerer Wendung die prophylaktische Armlösung — jedoch nur eines Armes — zu machen. Verf. glaubt, dass durch Aufnahme der prophylaktischen Armlösung in die Routine der Wendung die Indikationen für hohe Zange, tiefe Muttermundinzisionen, Symphysiotomie und Pubotomie sich wesentlich einschränken liessen. Überhaupt sieht er die Zukunft der Geburtshilfe wieder mehr im Lichte der manuellen Intervention als in dem gegenwärtig regierenden instrumentellen Regime. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Sterile Wendungsschlinge aus hydrophilem Mullstoff.

Von Dozent Dr. F ü r s t. Zentralbl. f. Gynäk., No. 32, pag. 981.

Verf. empfiehlt eine sterile Wendungsschlinge aus Mull, die, besser sterilisierbar als Seidengeflecht und weniger leicht abgleitend und sich öffnend als dieses, unbedingt den Vorzug verdiene.

In steriler Verpackung in den Handel kommend (Heinisch, Instrumentenmacher, Graz, Hauptplatz 14, Preis 50 Heller), ist sie im Bedarfsfall dem Geburtshelfer stets zur Hand, und verliert dieser durch Sterilisierung der bisher üblichen Schlinge nunmehr im kritischen Moment keine kostbare Zeit mehr. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Zange am Steiss. Von Dr. P o p e s c u l. Z. f. Gyn., No. 29, 1907, pag. 908.

Verf. hält die Steisszange in geeigneten Fällen und bei dem Vorhandensein der allgemein geforderten Bedingungen nicht nur für gerechtfertigt, sondern für direkt empfehlenswert. Solche nähere Umstände sind zunächst l e b e n d e s Kind, denn bei solchem verbietet sich der für die Mutter vielleicht schonendere Kranioklast. Ferner, wenn man nicht zur Hüfte des Kindes gelangen kann, oder wenn die Extraktion mit dem oder den Fingern, wo Eile nottut, nicht rasch genug bewerkstelligt werden kann. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Schwangerschaft im rudimentären oder atretischen Nebenhorn des Uterus bicornis unicolis. Von Dr. M. C o h n - B u k a r e s t. Revista de chirurgie, Juli-August 1907.

Es gibt Fälle von doppelter Gebärmutter, in welchen das eine Gebärmutterhorn rudimentär bleibt und mit dem normalen uterinen Kavum entweder durch einen dünnen Kanal in Verbindung steht, oder nur durch ein undurchgängiges Ligament zusammenhängt. Trotz dieser Anomalie ist es doch möglich, dass in jenes, in seiner Entwicklung zurückgebliebene Uterushorn ein befruchtetes Ei hineingelangt, sei es, dass dasselbe vom

gleichseitigen Eierstocke, sei es, dass es von dem der anderen Seite her stammt, und sich hier weiter entwickelt. Da eine solche Frucht nicht auf normalem Wege geboren werden kann, so endet eine solche Schwangerschaft immer mit dem Tode der Frucht. Dieselbe bleibt im erweiterten Gebärmuttersacke eingekapselt und macht alle Veränderungen durch bis zum Lithopaedion, oder der Sack platzt und der Verlauf ist ein ähnlicher wie bei einer geplatzten Tubarschwangerschaft. In sehr seltenen Fällen gelangt die Schwangerschaft bis zum normalen Ende, wie dies in einem Falle der Bukarester Gebärklinik beobachtet werden konnte. Auch hier konnte durch die vorgenommene Laparotomie nur eine mazerierte, seit Monaten abgestorbene Frucht gewonnen werden. Interessant war in diesem Falle auch der Umstand, dass die richtige Diagnose noch vor der Ausführung des chirurgischen Eingriffes gestellt werden konnte.

Die Diagnose einer Schwangerschaft im rudimentären Horne einer doppelten Gebärmutter ist recht schwierig. Sehr viele Erscheinungen machen dieselbe einer Tubarschwangerschaft ähnlich; die grosse Spannung des Fruchtsackes und namentlich die Kontraktilität desselben bilden wichtige differenzialdiagnostische Momente. Die Behandlung ist selbstredend in allen Fällen eine chirurgische. E. T o f f - Braila.

Beitrag zur Hebosteotomiefrage. Mit einer Tafel Röntgenaufnahmen.

Von Dr. Oskar B ü r g e r, Wien. Gyn. Rundschau, 07, H. 11.

Eine fleissige, sorgfältige und lehrreiche Arbeit wird uns geboten. Es kann kein Zweifel mehr bestehen, dass die Hebosteotomie dauernd unter die erweiternden geburtshilflichen Massnahmen eingereiht werden muss. In der Wiener Klinik wurde die Osteotomie unter 700 Fällen von engen Becken 22mal $1=3\%$, unter sorgfältiger Abwägung der Verhältnisse vorgenommen. Die untere Grenze ist mit 7 cm gegeben, die obere mit 8—9 cm C. vera. Die Form ist nicht von Bedeutung. Bei Mehrgebärenden, bei denen frühere Entbindungen bereits über die Chancen ein Urteil zulassen, wird man sich zeitig entschliessen, bei Erstgebärenden aber abwarten, da ja mancherlei Überraschungen vorkommen. In den meisten Fällen wird bereits die Indikation zur Entbindung gegeben sein, so dass die entbindende Operation an die erweiternde sich anschliessen wird. Technik: Kleiner vertikaler Schnitt auf dem Tuberculum pubicum der entsprechenden Seite, stumpfes Abschieben der Weichteile der Hinterfläche des Knochens mit dem behandschuhten Finger, Durchführen der Giglischen Nadel und Ausstich lateral vom grossen Labium, rückläufiges Durchziehen der Säge und Durchtrennung. Die Dauer der Geburt bis zur Operation betrug 24—55 Stunden. Falls das Kindesleben schon schwer gefährdet ist, wird nicht osteotomiert, sondern hohe Zange versucht und event. kraniotomiert. Nach der Hebosteotomie wurde 13mal Axenzugzange, 2mal Impression und Ausgangszange, 1mal Extraktion am Steiss, 5mal mit Wendung, 1mal Spontangeburt gewählt. Verletzungen der Geburtswege sind nicht selten, besonders auf seiten der Knochendurchtrennung, wahrscheinlich weil bei der Durchführung des Schädels die dünne Schicht über den durchtrennten Knochenrändern infolge der erhöhten Anpressung reisst. Das hat nichts zu bedeuten, wenn keine septische Infektion vorliegt. Die Grösse des Ausein-

anderweichens der Knochen war in allen Fällen etwa zwei Finger breit. Das Wochenbett hat ausser häufigen Harnverhaltungen keine besondern Schwierigkeiten, die Gehfähigkeit nach der Entlassung war allemal gut. Die Resultate für die Kinder sind ausgezeichnete. Nur 3 Kinder starben infolge der Zangenversuche. Bei der später versuchten Nachprüfung war der grösste Teil noch am Leben. Die Geh- und Arbeitsfähigkeit der Frauen war auch bis auf einen Fall vorzüglich geblieben, schwere Schädigungen waren überhaupt nicht vorgekommen. Die Beckenmasse waren dauernd erweitert geblieben, die Spaltung war noch durch Palpation konstatierbar und nur in drei Fällen bei fehlender Erweiterung nicht mehr zu finden. Die Röntgenbilder zeigen eine nicht durch Knochen ausgefüllte bleibende Erweiterungszone. Über den Wert dieser Verhältnisse für spätere Geburten lassen sich noch keine dauernden Schlüsse ziehen.

B o h n - Breslau.

Pathogénie de la phlegmasia alba dolens 'puerpérale. Von Dr. -G. Keim. La presse médicale, Nr. 57. 1907.

Der Verfasser ist Vertreter der Ansicht, dass die Phlegmasia alba dolens nicht unbedingt auf Grund einer puerperalen Infektion auftreten muss, dass vielmehr sehr viele Umstände dafür sprechen, dass dieselbe infolge des Einflusses, den chemische, vom Uterus ausgehende Elemente, oder solche deren Ursprung im Darne zu suchen ist, auf das Blut ausüben können, zur Entwicklung gelangt. A priori muss hervorgehoben werden, dass trotz der grossen Fortschritte, den Antisepsis und Asepsis in der Geburtshilfe gemacht haben, die Zahl der an Phlegmasia alba erkrankten Frauen nicht sonderlich abgenommen hat. Ferner, dass gerade in jenen Fällen von schwerer Infektion, wie namentlich nach infektiösem Abortus, wo doch die Entwicklung der in Rede stehenden Erkrankung eher zu erwarten wäre, dieselbe fast niemals zur Beobachtung gelangt. Vielmehr sind es gerade jene Fälle, wo das Wochenbett einen ganz normalen Verlauf zu nehmen scheint, wo man, einige Zeit nach der Geburt, durch das Auftreten einer Phlegmasie überrascht wird.

Da die Ursache der Erkrankung eine Thrombose ist, sind jene Umstände, welche ganz unabhängig von einer Infektion eine solche Veränderung in den Blutgefässen hervorrufen können, in Betracht zu ziehen. Eine erhöhte Koagulierbarkeit des Blutes kann auf Veränderung der Leber, wie dieselben ja doch so häufig im Laufe der Schwangerschaft zur Entwicklung kommen, zurückzuführen sein. Es ist bekannt, dass die Leber eine die Blutgerinnung verhindernde Substanz produziert, deren Verminderung im Blutkreislaufe auch eine erhöhte Gerinnbarkeit des Blutes zur Folge haben muss. Ähnliche Wirkungen können von den in der Gebärmutter zurückgehaltenen Blutgerinnseln ausgehen, da die Koagula sich unter der Einwirkung eines Fibrinfermentes entwickeln, oder auch von dem Wasser der intrauterinen Einspritzungen, oder von dem für dieselben benützten Sublimat etc. Ausserdem ist auch das Blut während der Schwangerschaft viel reicher an Fibrin, als sonst (4—4,8 pro Mille, statt 3‰). Alle diese Umstände können also zur Bildung von Thrombosen in den uterinen Venen führen, Thrombosen, die sich dann weiter auf die Bauchvenen ausbreiten und zur Entwicklung von aseptischen Phlebitiden Veranlassung geben können.

Eine weitere Ursache für Venenthrombose im Wochenbette findet

Keim in einer vom Darm ausgehenden Autointoxikation, sei es infolge von hartnäckigen Verstopfungen, sei es als Folge einer Entero-Kolitis, einer Darmkrankheit, welche oft bei Schwangeren auftritt und zur Entwicklung abnormer Gärungsprodukte im Darne Veranlassung gibt. Die Darmtoxine haben nicht nur eine direkte koagulierende Einwirkung auf das Blut, sondern sie sind auch imstande, die Leber zu schädigen und im weiteren Verlaufe die oben erwähnte antikoagulierende Wirkung derselben noch mehr zu schwächen.

In praktischer Beziehung sind aus diesen Betrachtungen folgende Schlüsse zu ziehen. Man muss durch eine opotherapeutische Behandlung die antikoagulierende Funktion der Leber anzuregen und zu stärken suchen. Intrauterine Einspritzungen von abgekochtem Wasser und Sublimat sollen vermieden werden. Ferner soll darauf geachtet werden, die Gebärmutter von ihrem fremden Inhalte möglichst gründlich zu reinigen, hauptsächlich Blutgerinnsel und Membranen durch eine vorsichtige Ausbürstung (*écouvillonnage*) zu entfernen.

Erkrankungen des Darmes müssen mit besonderer Sorgfalt im Laufe der Schwangerschaft behandelt werden, namentlich der Entwicklung einer muko-membranösen Enteritis entgegengearbeitet werden. Gegen Verstopfung wende man leichte Purgantien oder Darmspülungen an; die Verabreichung von Tinct. Hamamel. virgin. und Strychnin übt eine tonisierende Wirkung auf die glatten Muskelfasern der Blutgefäße und des Darmes aus, und soll hauptsächlich bei jenen Frauen in Anwendung gezogen werden, in deren Familie Phlebitiden vorgekommen sind, oder welche selbst an Varizen oder Hämorrhoiden leiden. Eine gute prophylaktische Massregel wäre auch jene, die Wöchnerinnen, sobald die Gebärmutter gut kontrahiert und auf dem Wege der Involution ist, sich auf die Seite legen zu lassen, wodurch der Darm entlastet wird.

Gegen die bereits aufgetretene Phlegmasie ist die klassische Behandlung der Immobilisierung durchzuführen. —

E. T o f f - Braila.

Einige Bemerkungen über die Funktion der weiblichen Brustdrüse. Von Dr. H. Cramer - Bonn. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Sept. 1907.

Die Entwicklung der weiblichen Drüse ist abhängig von der Funktion des Ovariums. Physiologische und pathologische Reizzustände am Eierstock und Geschlechtsapparat haben auch Reizzustände der Brustdrüse zur Folge. Für die Funktion der Brustdrüse, die Milchsekretion, ist Vorbedingung eine überstandene Schwangerschaft. Dieselbe braucht jedoch nicht annähernd ausgetragen gewesen zu sein. Schon durch Fehlgeburten der ersten Monate kann der Reiz für die Milchabsonderung aufgelöst werden. In der Schwangerschaft der letzten Monate besteht ein Hemmungsreiz für die Milchabsonderung, der so lange anhält, bis die Geburt beendet ist. Sowohl das Aufhören des kindlichen Stoffwechsels, als auch die Entleerung des Uterus können für sich den Anstoss zur Milchabsonderung geben. Die Laktation kann mehrere Jahre anhalten. Noch längere Zeit nach der Geburt gelingt es, die Brustdrüse, die vorher für das Stillgeschäft nicht beansprucht worden war, in genügende Funktion zu bringen. Die Milchsekretion vollzieht sich vollständig unab-

hängig vom Ovarium. Durch starke psychische Einwirkungen kann die Funktion der Brustdrüse primär gestört werden. Diese Störung besteht in einer beträchtlichen plötzlichen Verminderung der Milchabsonderung und kann durch konsequentes Anlegen des Kindes gehoben werden.

W e i s s w a n g e - Dresden.

Die Bedeutung des Zweifel'schen Blutkoagulums. Von Dr. Schubert - Breslau. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Sept. 1907.

Verf. prüft den Vorschlag Zweifel's, zur Vermeidung der Infektionsgefahr von seiten der in der Vagina nach der Geburt sich bildenden Blutkoagula, diese mittels Auswischen zu entfernen, an 250 Frauen nach, wobei auf eine genaue Asepsis grosser Wert gelegt wurde. Im Vergleich zu einer Serie von 250 anderen Wöchnerinnen ergab sich, dass die Morbidität bei dem Zweifel'schen Verfahren eine erhöhte war. Dies führt jedoch Verf. auf andere mit der Methode nicht zusammenhängende Momente zurück. Koagula fanden sich übrigens nur in $\frac{2}{3}$ der Fälle. Dass derartige Gerinnsel in der Vagina die Infektionsgefahr erhöhen, ist unzweifelhaft. Wenn Verf. sich auch im allgemeinen auf den Zweifel'schen Standpunkt stellt, so muss er doch zugeben, dass diese Methode sich nicht für die Privatpraxis eignet. Ausserdem macht das Verfahren den Pat. Schmerzen; durch das Herumlageren auf das Querbett und die Benutzung von Instrumenten werden dieselben in schädigender Weise erregt und ausserdem entsteht eine erhöhte Möglichkeit der Einschleppung von Bakterien bei diesem Verfahren. Um denselben Zweck zu erreichen, aber die Unannehmlichkeiten und Gefahren der Methode zu vermeiden, schlägt Verf. vor, in den nächsten 3-4 Tagen nach der Entbindung bei jeder Visite den Fundus uteri kräftig zu reiben und zu drücken, wodurch sich ebenfalls die Blutgerinnsel aus der Scheide leicht entfernen lassen, wie er an einer Reihe von Fällen nachweisen konnte. In dieser Form der Durchführung wird hoffentlich die Zweifel'sche Methode weniger Widerspruch und mehr Erfolg bringen. —

W e i s s w a n g e - Dresden.

Über den Forzeps und dessen Gefahren. Von Prof. Dr. Queirel. Revue pratique d'obstétrique et de paediatric. August 1907.

Die Anwendung des Forzeps kann sowohl für die Mutter als für den Foetus Gefahren bedingen. Die Gefahren für die Mutter sind vor allem infektiöse oder mechanische: Einklemmung der Zervix zwischen den Zangenbranchen, Quetschungen der Vaginalwände durch die Spitzen der Löffel, vollständige oder unvollständige Zerreibungen des Perineums u. s. w.

Diese Gefahren lassen sich durch genaue Beobachtung der Indikationen zur Anwendung des Forzeps vermeiden.

Die Gefahren für den Foetus sind nicht weniger gross. Sie bestehen teils in Frakturen des Schädeldachs, teils in Blutungen in die Meningen, ja selbst in die Nervensubstanz, vor allem in den Bulbus und in das Zervikalmark. Diese Blutungen rufen oft erst 3-5 Tage nach der Geburt Symptome hervor.

In der Anwendung des Forzeps unterscheidet Autor zwei Schulen, die deutsche und die französische.

In Deutschland nimmt man vor allem Rücksicht auf die Mutter, der Foetus möge liegen wie er wolle. — In Frankreich dagegen berücksichtigt man eher den Foetus. Hier sucht man den Forzeps regelrecht anzulegen. Dies geschieht dadurch, dass man die beiden Scheitelhöcker zwischen die Zangenlöffel bringt; hierbei kann man die Zange schräg oder quer anlegen. — Wo die Anwendung des Forzeps nicht angezeigt ist, tritt die Symphysektomie in ihr Recht.

Nach dem Autor ist die Anwendung des Forzeps auf eine gewisse Anzahl Fälle, für welche ganz bestimmte Indikationen vorliegen, zu beschränken. Nach ihm sind die zur Anlegung des Forzeps absolut notwendigen Bedingungen folgende drei:

1. Der Foetus muss mit dem Kopfe vorliegen.
2. Die Fruchtblase muss gesprungen sein.
3. Es ist von der höchsten Wichtigkeit, dass die Erweiterung des Muttermundes eine vollkommene sei.

Was die Indikationen betrifft, so gibt die Auskultation des Herzens die besten Aufschlüsse hierüber. Wenn der Herzrhythmus modifiziert ist, die Herzschläge dumpfer sind, wenn man statt 130—160 Schläge mehr als 160 in der Minute zählt, so hat man nur Eines zu tun: nach dem Forzeps zu greifen. — Wenn während der Auskultation die Herzschläge langsamer werden, um unter 100 zu fallen, so muss man sich sehr beeilen, wenn man ein lebendes Kind erhalten will.

Eine andere Indikation ist gegeben, wenn der Foetus auf ein Hindernis stösst, das er nicht überwinden kann; im allgemeinen handelt es sich dabei um das Perineum, die Frau ist erschöpft; man legt alsdann den Forzeps im Beckenausgange an.

Eine weitere Indikation wird durch folgenden Fall gegeben: Nachdem die Geburt bis jetzt regelrecht und sehr weit vorgeschritten ist, werden die Wehen seltener, schwächer und hören sogar vollständig auf. Muss man zuwarten und wie lange? Ist das Ei vollständig, kann man mit etwas mehr Geduld zuwarten; nach einer Ruhepause wird die Geburt voraussichtlich weiterschreiten. Ist die Dilatation eine vollkommene, so sprengt man die Blase, was vielleicht die Austreibung zur Folge haben wird. Sind die Membranen geborsten, soll man zuwarten? Autor ist der Ansicht, dass man da nicht länger als zwei Stunden zuwarten soll, wenn der im Becken blosser Kopf, wie Pinard sich ausdrückt, zwei Stunden lang nicht vorwärts schreitet. Es gibt jedoch Fälle, wo man früher eingreifen muss, wenn nämlich die Frau mit einem stärkeren Herz- oder Lungenleiden behaftet ist, wenn dieselbe eher schwächlicher Natur ist u. s. w. —

v o n l a H a u s s e - K i r c h w e i d a c h.

Über Kautschuk-Heftpflaster. Von Hofrat Dr. v. Boustedt, Berlin. Russische medizinische Rundschau, Heft 10, 1907.

Nachdem der Verf. auf die Bedeutung der Heftpflaster für die Chirurgie im allgemeinen eingegangen ist, wobei er daran erinnert, wie die Pflaster früher meistens schmierten und an einem Licht erwärmt werden mussten, damit sie wenigstens einigermassen klebten, geht er auf die vor-

züglichen Resultate über, die sich mit den modernen „Duranaplast-Verbänden“ erzielen lassen, die von der Firma Dr. Degen & Kuth, Düren im Rheinland, in den Handel gebracht worden sind.

Mittels „Duranaplast“ ist das Anlegen eines Heftpflasterverbandes ausserordentlich bequem. Die „Duranaplastverbände“ stellen nach dem Verf. einen bedeutenden Fortschritt dar. Sie sind von grosser Klebkraft, lassen sich leicht ablösen, sind dünn und schmiegsam, reizen nicht und sind sehr lange haltbar.

Er empfiehlt daher Duranaplast z. B. bei Furunkeln, indem er bemerkt hat, dass der unangenehme Druck und die Schmerzen beim Reifen eines solchen unter dieser Behandlung sehr schnell verschwinden, und dass man selbst durch frühzeitiges Auflegen eines Stückchens Durana-Heftpflaster das Reifwerden des Furunkels unterdrücken und eine vollständige Resorption des Entzündungsherdes herbeiführen kann.

Eine sehr gute Anwendung hat das neue Heftpflaster nach den Ausführungen des Verf.'s ferner bei den Nabelbrüchen kleiner Kinder gefunden, und es müssen, wie er sagt, jeder, der einen solchen Versuch mache, zugeben, dass es dabei in verschiedener Hinsicht Ausgezeichnetes leistet. Das Kind kann damit gebadet werden, die Haut wird nicht gereizt, und kann solch ein Verband bis zu drei Wochen unbeschadet liegen bleiben. Wie quälte man sich früher mit den Nabelbrüchen und dem alten Heftpflaster ab, letzteres hatte beinahe mehr Nachteile als Vorteile.

Der Autor schliesst mit den Worten, dass die von der Firma Dr. Degen & Kuth in den Handel gebrachten Heftpflaster und Pflastermulle und -batiste so vorzüglich seien, dass es nicht nötig wäre, sich darüber weiter zu verbreiten. Jedenfalls seien es die besten Präparate, die ihm bis jetzt bekannt geworden wären. Es gebe ja noch viele ähnliche Erzeugnisse, aber allen hafte der eine oder der andere Mangel an. —

R.

Über die Temperatur der Säuglinge. Von Dr. P. Nobécourt und Dr. P. Merklen. *Revue des maladies de l'enfance*, August 1907.

Bei dem gesunden Erwachsenen zeigt die Temperatur, obgleich konstant, einen regelmässigen Tages-Nachtrhythmus mit Abendmaximum. Bei gewissen pathologischen Zuständen fehlen diese Schwankungen; die Morgentemperatur ist die gleiche wie die Abendtemperatur, höchstens handelt es sich um eine Differenz von $\frac{1}{10}$ – $\frac{2}{10}$ °; es besteht *Monothermie*.

Bei dem jungen Säuglinge hingegen bildet die Monothermie die Regel, wie Autor auf Grund seiner Untersuchungen behaupten kann. Dies beweist, dass weder das Licht noch die Mahlzeiten einen irgendwie nennenswerten Einfluss auf die Wärmeoszillationen ausüben. Das Verschwinden dieser Monothermie zeigt einen pathologischen Zustand an. Dieselbe scheint vorzugsweise an das Fehlen der Aktivität in diesem Alter gebunden zu sein. Auf jeden Fall ist die Aktivität beim Säuglinge in keiner Weise mit der des Erwachsenen zu vergleichen. —

von la H a u s e - Kirchweidach.

Augenbäder mit Lösung von künstlichem Emser Salz. Von Dr. Hesse, Augenarzt in Pirna. Separates Broschürchen ohne Angabe des Verlags und Druckers.

Für jeden Geburtshelfer und Kinderarzt ist es unumgänglich nötig, in den so häufig vorkommenden Fällen von Konjunktivitis therapeutisch beschlagen zu sein. Mit Lösungen von Zinc. sulf. (0,03/151,) mit 3%igen Borsäurelösungen, mit Argentum nitricum, essigsauerm Blei oder Quecksilberpräparaten, hat, wie Verf. mit Recht betont, wohl schon jeder Arzt gelegentlich unbefriedigende Erfahrungen gemacht. Verf. hat deshalb nach einer nicht reizenden Therapie gesucht und sich vor allem bemüht, ein brauchbares Augenwasser herzustellen. Dabei leitete ihn der Gedanke, dass es doch an sich absurd sei, Lösungen von Säuren oder sauren Salzen zu gebrauchen, während unsere Körpersäfte, das Blut und die Lymphe, eine alkalische Reaktion haben. Es könne gewiss nicht gleichgültig sein, der Gewebsflüssigkeit Säuren zuzuführen, die doch zum mindesten wieder abgegeben werden müssten. Verf. kann es sich nicht vorstellen, dass wir in der Lage sein dürften, durch solche fremdartige Stoffe die Widerstandsfähigkeit der Gewebe zu erhöhen; er glaubt, dass eher gerade das Gegenteil der Fall sei. Wir sollten uns vielmehr bemühen, mit solchen Stoffen gegen Erkrankungen des Körpers anzukämpfen, die so wie so in ihm enthalten sind.

So entschloss er sich nach vielen anderen Versuchen, als Augenwasser eine Lösung von solchen Salzen anzuwenden, die im Blute und der Lymphe normalerweise zu finden sind. Ein solches Wasser ist das Emser Wasser.

Das natürliche Emser Wasser enthält freie Kohlensäure. Diese reizt das Auge ungemein. Er hat dieserhalb Lösungen von künstlichem Emser Salz hergestellt und damit eine Reihe von äusseren Augenkrankheiten behandelt. Mit dem so erzielten Resultat ist er ausserordentlich zufrieden.

Die chemische Fabrik von Dr. Ernst Sandow, Hamburg hat auf diese Veranlassung des Verfassers hin, handlich verpackt, zu solchen Bädern zu verwendenden, zweckmässig geschliffene Augenbadewannen nebst zugehörigem dosiertem künstlichem Emser Salz und einer Glasflasche mit eingeschliffenem Glasstopfen in den Handel gebracht. Die Flaschen sollen mit abgekochtem Wasser angefüllt werden, um darin eine Tablette zu lösen. Mit dieser Lösung, die am besten nicht zu kalt benutzt werden soll, wird die Augenbadewanne zur Hälfte gefüllt. Der Patient nimmt dieselbe in die Hand (für das rechte Auge benutze er die rechte Hand, für das linke Auge die linke), er öffne das Auge und drücke dasselbe bei vornübergebeugtem Kopf in die Badewanne hinein, so dass der Rand der Badewanne überall der Umgebung des Auges fest anliegt. Alsdann soll der Kopf soweit nach rückwärts erhoben werden, dass das Wasser in der Badewanne sich über dem Auge befindet, um nun dasselbe bei fleissigem Öffnen und Schliessen der Lider auf die Dauer einer halben Minute zu baden. Darauf trockne der Patient die Umgebung des Auges mit einem weichen sauberen Tuche oder mit etwas Watte vorsichtig ab und schütte das gebrauchte Wasser fort. Diese Massnahme mag vier bis sechs mal am Tage, wenn nötig, stündlich, wiederholt werden.

Einer jeden Verpackung ist eine kurze Gebrauchsanweisung beigegeben.

Die Bäder sind absolut schmerzlos, sogar von reiz- und schmerzlindernder Wirkung, und zwar letzteres deshalb, weil durch sie eine gründliche Ausspülung des Bindehautsackes erzielt wird. Hierbei wird ein grosser Teil von feinen staubförmigen Fremdkörpern usw. mechanisch entfernt, die bei ihrer Anwesenheit ein Gefühl von Brennen und Drücken verursachen. Es ist ohne weiteres klar, dass dadurch zugleich eine wesentliche Bedingung zur Heilung von Reizzuständen erfüllt wird.

Während seiner Tätigkeit in der Kölner Provinzialhebammenlehranstalt hat Referent ausgiebig Gelegenheit gehabt, sich davon zu überzeugen, wie durch eine prompte, nahezu ununterbrochene Entfernung allen sich entwickelnden Schleimes die Konjunktividen der Neugeborenen zu einer raschen Besserung und schliesslichen Heilung zu bringen sind. Er liess infolgedessen nicht nur sehr häufig bei derartig erkrankten Kindern die Augen ausspülen, sondern zwischenzeitig stets mit Borlösung angefeuchtete Lappchen auflegen, um jedes Eintrocknen und Festsetzen von Sekret zu verhindern. Theoretisch einleuchtend ist es nun, um wie viel wirksamer sich solch eine derartige Behandlung gestaltet, wenn sie mit einem so geeignetem Medium durchgeführt wird, wie es die vom Verfasser vorgeschlagene Lösung ist.

Dass es überhaupt nicht richtig ist, destilliertes oder gewöhnliches Wasser zu den Augenbädern zu benutzen, weiss Verfasser physikalisch zu erklären: es würde dabei infolge von Wasseraufnahme zu Aufquellungen und Auflockerungen des Gewebes kommen, was natürlich zu vermeiden ist. Die Gesetze der Osmose gebieten, gerade diejenigen Salze für ein Augenwasser zu verwenden, die im Blut und in der Lymphe enthalten sind, keine anderen, am allerwenigsten saure Lösungen von Salzen, namentlich nicht Metallsalzlösungen.

H. ist weit davon entfernt, die erwähnten Augenbäder als ein Allheilmittel bei äusseren entzündlichen Augenkrankheiten zu empfehlen. Ein Ulcus corneae heilt allerdings bei dieser Behandlung, wie er erklärt, glatt ab, und ein etwa dabei vorhandenes Hypopion verliert sich; bei tiefen skrophulösen Hornhautgeschwüren kennt er keine bessere Behandlung, als die Augenbäder mit künstlichem Emser Salz. Recht gut bewährten sie sich ihm auch bei der Granulose, aber andere therapeutische Massnahmen bleiben hierbei doch nicht zu umgehen. Das Ulcus serpens corneae, an dessen Rand das Wasser ja nicht heran kann, wird nach wie vor mit Galvanokaustik und Spaltung zu behandeln sein, die Spitze eines Gefässbändchens wird ebenfalls unter Umständen galvanokaustisch zu veröden sein. Er will auch keineswegs alle bisher übliche Augenheilmittel als nutzlos oder absolut schädlich erklären und möchte sie nicht entbehren, aber vielfach ist es ihm so ergangen, dass er zunächst die Augenbäder verordnete, um später eventuell zu gelber Salbe oder irgend einem anderen Medikamente überzugehen, aber auch dass er mit den Augenbädern allein auskam, und dann, aus Besorgnis, durch eine andere Therapie wieder schaden zu können, ganz auf andere Medikamente verzichtete.

Verf. schliesst seine Ausführungen mit der Erklärung, dass die Anwendung der Augenbäder mit Lösungen von künstlichem Emser Salz, die einfach und bequem sei, und selbst von Kindern schnell erlernt werde, ein ausgezeichnetes und empfehlenswertes Verfahren bei der Behandlung

der äusseren katarrhalischen und entzündlichen Augenkrankheiten, sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen darstelle. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die therapeutische Anwendung der Odda M. R. Von Dr. Steiner, Assistenzarzt am Herzogl. Landeskrankenhaus und Siechenhaus in Altenburg (S. A.) Repertorium der prakt. Medizin Nr. 10, 1907.

Verf. führt aus, dass es Fälle gebe, in denen eine rationelle künstliche Ernährung früher zum Ziel führt als jeder andere Weg. Wolle man einem kranken Körper Nahrung zuführen, so müsse dies in einer solchen Form geschehen, dass mehr die Qualität des Nahrungsmittels in Betracht kommt, und die Ausnützung desselben eine vollkommene ist. Diesen Forderungen entspreche die nach den Fabrikationsprinzipien der v. Mering'schen „ODDA“-Kindernahrung — kurz „ODDA-K.“ genannt — hergestellte „ODDA“ für Magenleidende und Rekonvaleszenten, oder kurz hin mit „ODDA-M. R.“ bezeichnet. Diese Fabrikationsprinzipien, welche auf neueren Erfahrungen auf dem Gebiet der Physiologie der Ernährung, speziell der des Säuglings aufgebaut sind, begründet v. Mering in den Therapeutischen Monatsheften“ 1902, April: „Zur Frage der Säuglingsernährung“ und erübrige es sich, darauf einzugehen,

Von dieser „ODDA-K.“ weiche die „ODDA-M. R.“ nur in quantitativer Hinsicht etwas ab, insofern sie höheren Eiweiss- und Fettgehalt besitzt und auch im Geschmack den Anforderungen Erwachsener mehr angepasst ist. Die chemische Zusammensetzung der „ODDA-M. R.“ ist nach einer im Laboratorium des Geheimrat Professor Dr. Zuntz ausgeführten Analyse folgende: Wasser 4,40% — Eiweiss 16,56% — Fett 8,03% — Kohlenhydrate 68,14% — Mineralstoffe 2,87% — (darin Kalk 0,44%, Phosphorsäure 0,82%). Der Lezithingehalt des Präparates ist mit 0,4% angegeben. Die mit „ODDA“ von Professor N. Zuntz angestellten Stoffwechselversuche (Therapeutische Monatshefte April 1902) entsprachen den Erwartungen, welche der Praktiker an ein derartiges Nährpräparat stellen muss. Spätere Versuche, welche von H. Schlesinger angestellt und in der „Medizinischen Klinik“ 1905 Juli publiziert wurden, ergaben betreffs der Magenverdauung der „ODDA“, dass ihre Abkochungen mit Wasser oder Milch keine Abweichungen von reiner Milch zeigen, und dass der Magen in wenig mehr als zwei Stunden seinen Inhalt entleert. Ähnlich günstig lauten die Berichte anderer Autoren.

Mit ODDA-M.R. hat nun auch der Verf. eine Reihe von Versuchen angestellt, aus denen sich Günstiges über die Verdaulichkeit und Nährwirkung des genannten Präparates ergab. Der Verf. veröffentlicht eine Reihe von Krankengeschichten, welche das Gesagte dartun.

Die Anwendung der „ODDA-M. R.“ geschah bei diesen Versuchen in der einfachsten Form und zwar in der Gestalt der Oddasuppe, indem man einen Esslöffel der „ODDA-M.R.“ in $\frac{1}{4}$ Liter Milch durch stetiges Umrühren aufkochte, und durch Zusatz von Zucker und Salz den Geschmack je nach Wunsch modifizierte. Selbst in dieser einfachsten Zubereitungsweise wurde das Präparat gern und auch längere Zeit hindurch genommen. Selbstredend lässt sich für verwöhntere Patienten nach den

Vorschriften der Gebrauchsanweisung auch eine reiche Abwechslung schaffen; falls dies erwünscht sein sollte. Hebung des Allgemeinbefindens, Besserung des Appetites und erheblicher Gewichtszunahme werde in allen Fällen erzielt. Verf. kommt daher zu dem Schlusse, dass er nach seinen Erfahrungen die Verwendung der „ODDA-M.R.“ zur vorübergehenden ausschliesslichen Ernährung, sowie als Stärkungsmittel bei darniederliegender Verdauung und zur Hebung des Kräftezustandes nur bestens empfehlen könne. Man erreiche sehr bald eine eklatante und anhaltende Besserung des Allgemeinbefindens; der Preis des Präparates sei überdies ein verhältnismässig niedriger, so dass er die Anwendung der „ODDA-M.R.“ auch bei den minder bemittelten Patienten gestatte. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.



Rezensionen.

Österreichischer Hebammen-Kalender für das Jahr 1908.

Von Dr. Ekstein. 8°, 256 Seiten. Mit 12 Abbildungen, Notizen und Notizkalender im Anhang. Wien 1908. Verlag von Moritz Perles. Preis geb. 1,60 M.

Der von uns bereits im Vorjahre lobend besprochene österreichische Hebammen-Kalender tritt heuer in den XIV. Jahrgang und ist nach dem soeben in 4. Auflage erschienenen Lehrbuch für Hebammen von Prof. Dr. Piskacek in Wien Neubearbeitet. Das Titelblatt zielt eine Photogravüre des Professors der Geburtshilfe an der k. k. Provinzialhebammenlehranstalt in Laibach, Valenta, Edler von Marchthurn. Von Beiträgen sind besonders zu erwähnen eine Biographie von Ignaz Semmelweis (nebst Abbildung des neugesetzten Denkmals) aus der Feder des Direktors der Budapester Hebammenlehranstalt, Herrn Prof. Dr. Dirner, sowie die von Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Fritsch in Bonn beigegebenen „Anweisungen zur Ausführung des Gesetzes betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten“, speziell ein „Merkblatt für die Bekämpfung des Wochenbettfiebers“. Der Kalender steht wie seine Vorgänger durchaus auf der Höhe der wissenschaftlichen Gegenwart und ist vielleicht mehr als manch anderes Mittel geeignet, Aufklärung, die dringend notwendig ist, über die einschlägigen Gebiete zu verbreiten. Die Korrektur aber möge im nächsten Jahrgang eine gründlichere sein. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Notwendige Reformen der Unfallversicherungsgesetze.

Von Prof. Dr. A. H o c h e in Freiburg i. Br. (Samml. zwangl. Abhandl. aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. VII. Band, Heft 8.) 8°, 27 Seiten. Halle a. S. 1907. Carl Marhold. Preis 0,75 M.

Die Hauptgesichtspunkte der H o c h e'schen sehr beherzigenswerten

Ausführungen sind kurz zusammengefasst folgende: Ein grosser Teil der Fälle von traumatischer Neurose wird durch die Unfallversicherungsgesetze erzeugt. Diese Fälle heilen unter der Voraussetzung der jetzt bestehenden gesetzlichen Bestimmungen grösstenteils nicht, sind aber grundsätzlich als heilbar anzusehen. Die Erfahrungen über die Art des Zustandekommens der nervösen Folgezustände nach Unfällen und allgemeine Erfahrungen aus dem Gebiete des Versicherungswesens überhaupt zeigen die Wege, auf denen dem tatsächlichen Notstande, der in der Zunahme der Unfallneurosen gegeben ist, abzuhelpen sein wird. Die notwendige und unaufschiebbare Reform der Unfallversicherungsgesetze muss sich, um diesen Zweck zu erreichen, auf folgende Punkte erstrecken:

1. Beseitigung aller vermeidbaren seelischen Schädlichkeiten im Entschädigungsverfahren;
2. Regelung der Erziehung zur Arbeit;
3. Ausdehnung der einmaligen Kapitalabfindung an Stelle des fortlaufenden Rentenbezuges.

Die Ärzte sind zur Mitwirkung bereit; aus der ärztlichen Literatur heraus sind in den grossen Fragen der Unfallversicherung von jeher die wertvollsten Beiträge hervorgegangen. Eine Reform der Unfallgesetzgebung wird mit den Ärzten gemacht werden, oder sie wird keine Reform sein.

Sommer-Mayen.

Technik der Massage. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hoffa (†), Berlin. Fünfte verbesserte Auflage, gr.8°, XII u. 90 Seiten. Mit 45 teilweise farbigen Abbildungen im Text. Stuttgart 1907. Verlag von Ferdinand Enke. Preis geh. 3 M.

Bereits wenige Jahre nach dem Erscheinen der vierten Auflage hat sich die Drucklegung einer neuen notwendig gemacht, wobei gleichzeitig die Berücksichtigung der allerneuesten Forschungen und Erfindungen auf diesem vielversprechenden Gebiete möglich wurde. Neues zum Lobe dieses vortrefflichen, eminent praktischen Buches zu sagen ist nicht angängig, da die Vorzüge desselben bereits allseits in verdienter Weise gewürdigt worden und allgemein anerkannt sind. Wiederum weist der Verf., der nur den Arzt für befugt und befähigt erachtet, die Massage auszuüben, daraufhin, wie viele junge Ärzte dadurch einen lohnenden Erwerb finden würden, dass sie sich spezialistisch in der Technik der Massage ausbilden liessen. Allerdings hat dies zur Vorbedingung, dass nun auch wirklich die nicht persönlich massierenden Ärzte alle passenden Krankheitsfälle, anstatt dem Laienmassör, dem technisch geschulten Kollegen zuweisen. Aber da happens. Für das Sanatorium regelt sich die Sache leicht, in der freien Praxis aber hat sie ihre Haken.

Die durch zahlreiche instruktive Abbildungen noch anschaulicher gemachte Darlegung der Massagetechnik ersetzt für den ärztlichen Praktiker, der selbst Massage zu betreiben gedenkt, nahezu vollständig einen Kursus. Sich an Spezialmassagen ohne besonderen Unterricht heran zu machen, wird der junge Arzt ja wohl überhaupt kaum riskieren, er müsste denn ein ganz hervorragendes Talent besitzen. Mit Recht betont der Verf. immer wieder, wie dies ja seiner Zeit auch Thure Brandt getan hat, der nur Ärzte und zwar speziell gute Diagnostiker als Schüler haben wollte, dass diagno-

stizieren und massieren unausgesetzt Hand in Hand gehen müsse. Ist das Werk H.'s auch vorzüglich der allgemeinen Massage gewidmet, so kommen doch auch die speziellen Massagen, wie die gynäkologische, die Lebermassage, die Nägele'schen Kopfgriffe etc. etc. vollkommen zu ihrem Recht. Besonders eingehend ist auch das Kapitel der Bauchmassage behandelt. Kurz, das ganze Lehrbuch ist eine glückliche Vereinigung echt wissenschaftlichen Geistes mit praktisch-nützlicher Darstellung. Bleibt das Werk so wie bisher fortlaufend auf der Höhe, so wird es nach Vergriffensein der heutigen Auflage noch manche fernere erleben. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Radiotherapie. Ihre biologischen Grundlagen, Anwendungsmethoden und Indikationen. Von Dr. Robert Kienböck, Privatdozent für medizin. Radiologie an der Wiener Universität. Mit einem Anhang: Radiumtherapie. gr. 8^o, 190 Seiten. Mit 178 Textabbildungen. Stuttgart 1907. Verlag von Ferdinand Enke. Geheftet Preis 4,80 M.

Der rühmlichst bekannte und um die Entwicklung der Radiologie selbst hoch verdiente Verfasser war wohl der Berufenste einer, um der ärztlichen Welt in einer grossen und einheitlichen Zusammenfassung einen vollständigen Überblick über Geschichte, Wesen, Bedeutung, Technik etc. etc. dieser neuen Disziplin zu geben.

Der I. Teil des Werkes behandelt die biologischen Grundlagen der Radiotherapie, zunächst den Apparat und die Xstrahlen, sodann die Wirkung auf den Organismus (Hautveränderungen, Veränderungen tiefer gelegener Organe, Wachstumshemmung bei Mensch, Tier und Pflanze). Der II. Teil befasst sich mit der radiotherapeutischen Technik, den Röntgenröhren, der Lichtintensität und Oberflächenenergie, der Dosimetrie, Dosierung und Hautreaktion, der Tiefenverteilung des Lichts, Tiefendosen, radiotherapeutischen Dosen und Dosierungsmethoden, Blenden und Verbrennung. Der III. Teil ist der speziellen Radiotherapie gewidmet, den Hautkrankheiten, Tumoren, Leukämie, Lymphomatosen etc. Der Anhang behandelt die ganze therapeutische Anwendung des Radiums in gleichfalls erschöpfender Weise.

Als den Frauenarzt speziell interessierend seien hier nur die Ausführungen des Verfassers über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Eierstöcke erwähnt. Dass letztere atrophieren, steht seit Halberstädter fest. Bei Kaninchen ist die atrophierende Wirkung bis zum völligen Schwund der Graaf'schen Follikel verfolgt. Nach stärkerer Bestrahlung schwinden sogar die Urfollikel und Ureier. Bei kräftiger Exposition trächtiger Kaninchen wird die Schwangerschaft unterbrochen, selbst wenn nur die Ovarien bestrahlt und der Uterus abgedeckt wird. Auch bei der menschlichen Frau ist Sterilisierung durch Exposition des Abdomens möglich; die Bauchdecken sind, um das Ovarium zugänglich zu machen, möglichst niederzudrücken (Kompressionsblende). Ob bei der Frau provozierter Abort durch Röntgenstrahlen möglich, steht noch dahin. Bezüglich der Karzinomtherapie bemerkt der Verfasser, dass abgesehen vom rein oberflächlichen Krebs in der Regel das Karzinom durch Radiotherapie nicht beseitigt werde. Operable Fälle seien daher meist dem Chirurgen zu überweisen. Bei inoperablen, die Oberfläche erreichenden Tumoren da-

gegen sei die Radiotherapie das beste Verfahren; sie übertreffe an Wirkung die Ätzung und Kauterisation. Das häufigste und geeignetste Objekt sei das weit vorgeschrittene oder rezidierte Mammakarzinom. Dieses schrumpft nach Absorption genügender Röntgenlichtmengen; Ulzerationen heilen, eitrig und jauchige Sekretionen werden beschränkt, Drucksymptome wie Ödeme und Schmerzen gehen zurück, Allgemeinbefinden und Blutbeschaffenheit bessern sich. Von dem interessanten Fall Pusey's werden Abbildungen vor und nach der Behandlung gegeben.

Erwähnen möchte ich noch den Vorschlag, nach jeder Krebsoperation vor Schluss der Operationswunde das Operationsfeld zu exponieren, also prophylaktische Röntgentherapie zu treiben, über deren Bedeutung die Zukunft entscheiden muss. —

Dass jeder Radiotherapeut das Kienböck'sche Standardwerker werben muss, versteht sich ganz von selbst, aber auch dem nicht mit dieser Sonderkunst befassten Arzte wird es willkommen sein, über deren Art und Bedeutung eine massgebliche Aufklärung und Unterweisung zu erhalten. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Extrauterinschwangerschaft. Klinische Studie auf Grund von 32 selbstbeobachteten Fällen. Von Dr. Albert Wagner. Stuttgart. gr. 8°, 54 Seiten. Mit 10 Abbildungen im Text. Stuttgart 1907, Verlag von Ferdinand Enke. Preis geh. 2 M.

Die Sitte, besonders eingehende Studien als Broschüre erscheinen zu lassen, anstatt sie durch eine Zeitschrift der Veröffentlichung zugänglich zu machen, hat ja manches für sich. Sie heben sich dadurch schon einigermaßen aus dem Strom der Tagesleistungen heraus und andererseits entfällt die straffe Kürze, zu welcher das Erscheinen in einem Fachjournal aus räumlichen Gründen den Verfasser zwingt. Einzelercheinungen, wenn sie uns also wirklich etwas zu sagen haben, wenn sie Neues oder Anregendes bringen, sollen uns daher stets als solche willkommen sein. In diesem Sinne findet denn auch W.'s Publikation voll auf ihre Rechtfertigung, wenn auch mehr nach der letzteren Seite hin. Ein guter Beobachter, ein vortrefflicher Diagnostiker, ein gewiegtter Operateur, der über 23 eigene Fälle einer doch immerhin nicht alltäglichen pathologischen Erscheinung verfügt, wird dem Fachgenossen, zumal dem angehenden, fraglos manch wertvollen Wink zu geben in der Lage sein.

Die vom Verf. behandelten Fälle beziehen sich auf den Zeitraum von 6 Jahren und machen 0,68% reines gynäkologischen und 3,3% reines operativen Materiales aus. Ausführlich behandelt er die Frage, warum das in die Bauchhöhle, einen doch allseitig von Endothel umkleideten Raum ergossene Blut überhaupt und zwar so rasch, wie er selbst bei einer in kaum einer Stunde nach dem Bersten des Eisacks gemachten Laparotomie feststellen konnte, gerinne? Der Busse'schen Annahme, dass dies durch eine konsekutive Peritonitis bewirkt werde, tritt er auf Grund seiner Erfahrung entgegen, indem er bei ganz frischen Fällen wohl schon Koagula, aber noch keine peritonitische Reizerscheinungen vorfand. Er neigt mehr zu der Byl'schen Theorie, dass bakterielle Erkrankungen der Tube, die ja bei ektopischer Gravidität eine grosse Rolle spielen, hierbei als ein ätiologischer Faktor anzusehen seien. — Von einer interessanten Varietät, der interstitiellen Tubarschwangerschaft, hatte Verf. Gelegenheit,

kurz hintereinander drei Beispiele zu sehen. Was die Diagnose derselben anbetrifft, so betont er neben dem Ruge'schen Zeichen (senkrechte Stellung des Uterus zum Fruchtsack) die lateralwärts gelegene Auffindung des Ligamentum latum, vermittels welcher er in einem Falle vor der Operation die Diagnose sicherstellen konnte. — Die primäre Abdominalschwangerschaft nimmt W. nicht als erwiesen an, wohl aber das Vorkommen einer primären Ovarialschwangerschaft. In Paris sah er in der Pinard'schen Klinik eine blühend aussehende Mutter mit ihrem drei Jahre alten extrauterin entwickelten und am normalen Ende der Schwangerschaft durch Operation gewonnenen Kinde, bei welcher die Form der ektopischen Gravidität vorgelegen hatte. Doch sind solche Fälle höchst selten. Meist sterben die Kinder früher ab und es kommt zur Mumifikation oder zur Eiterbildung. — Ätiologisch für das Zustandekommen der Heterotopie vindiziert der Verf. neben den sonstigen bekannten kausalen Momenten den durch Gonorrhöe veranlassten Entzündungen eine wichtige Rolle. — Differentialdiagnostische Schwierigkeiten erwachsen besonders beim Bestehen anderweitiger Adnextumoren, bei Retroflexio uteri gravid, Appendicitis, Parametritis und uterinem Abort, zumal wenn das Platzen der Extrauterin gravidität sich unter wenig stürmischen Erscheinungen vollzieht. Ganz erhebliche Schwierigkeiten erwachsen aus einer heterotopen Zwillingschwangerschaft. — Therapeutisch empfiehlt Verf. die sofortige Operation in jedem Stadium der Schwangerschaft, sobald die Diagnose feststeht. Pinard's extrem konservativen Standpunkt teilt er also nicht. Verf. hat unter 26 von ihm operierten Fällen 25 mal laparotomiert, um die Bauchhöhle gründlicher von Blut reinigen zu können, selbst auf Kosten einer längeren Operationsdauer. Er hat hiervon nie Schaden gesehen. Eine diagnostische Probepunktion verwirft er; die Dezidua des Uterus zu kürettieren hält er prinzipiell nicht für nötig. Die ausser der Exstirpation in Vorschlag gebrachten Verfahren: Punktion, Morphiuminjektion in den Fruchtsack, Elektropunktur und elektrische Hinrichtung des Foetus bezeichnet er mit Recht als nur von historischem Interesse. —

Die vorstehende Schrift, welche ihr Thema recht erschöpfend und höchst instruktiv behandelt, sei namentlich jüngeren Kollegen bestens empfohlen. —
F r e u d e n b e r g · Dresden.



Referate aus ärztlichen Gesellschaften.

Aus amerikanischen Gesellschaften. In der Sitzung der New-York obstetrical society vom 14. Mai sprach Dr. Ely über die verschiedenen Formen und die Ätiologie der Zystitis bei Frauen, Taylor berichtete über 6 Fälle von Sarkom des Uterus, Boldt berichtete über die Operation eines verjauchten Myomes des Uterus, Ely beschrieb einen Fall, in welchem sich in dem Stumpf einer abgetragenen Tube eine Tubergavidität etabliert hatte; daran schliesst sich die Dis-

kussion über den unter den Referaten erwähnten Aufsatz von Garceau an.

In der Sitzung der *Washington obstetrical and gynecological society* vom 9. April berichtete Moran über einen Fall von wiederholter Tubenschwangerschaft; Stone sprach über das gleichzeitige Vorkommen von Myom und Karzinom der Zervix, kompliziert mit Salpingitis, sowie über eine Entfernung des Uterus wegen Hypertrophie mit Blutungen. Fry referierte über einen vaginalen Kaiserschnitt wegen Eklampsie, einen Uterus mit Fibromen und über einen Fall von Pubotomie. Bovée sprach über die gleichfalls unter den Referaten besprochene Präparation des Katguts mit Jod.

In der *N.-Y. obstetrical society* (Sitzung vom 5. Juni) referierte Andrews über zwei Fälle von Schwangerschaft in einem rudimentären Uterushorn. Hicks demonstrierte ein primäres Chorioepitheliom der Scheide, sowie ein Chorioepitheliom verbunden mit Hämatometra.

Burckhard - Würzburg.

Welches ist die beste Behandlung der Kindercholera?

Wie die *Revue de théor. méd. chir.* (Nr. 17, 1907, pag. 608) dem *Journ. de méd. et chir. de Montreal* (22. Juni, 1907) entnimmt, hielt in der Ärztl. Gesellschaft zu Ottawa Dr. Monod einen Vortrag über das obengenannte Thema.

Redner erachtet als die beste Behandlung, dieser Affektion dadurch zuvorzukommen, dass man die Milch, welche die Kinder bekommen, überwacht. Aber auch die Mutter muss überwacht werden, da sie oftmals des Morgens ganz frische und durchaus reine Milch erhält, aber abends dem Kinde diese in unreinem Zustand als Nahrung bietet. Es tät daher not, die Mütter zu unterrichten und sie zu zwingen, genau den Anweisungen gemäss zu verfahren.

Was die Behandlung der ausgebrochenen Krankheit selbst betrifft, so möchte sie Redner am liebsten auf das folgende beschränken: Prolongierte Wasserdiet, wenn nötig, während 48 und sogar 56 Stunden, trotz des Widerspruchs, den die Mutter erheben wird; rektale Injektionen von artifiziellem Serum, um die Dyshydration der Gewebe zu bekämpfen; im übrigen möglichst wenig Medizinen. —

Diskussion:

Dr. Powers fügt hinzu, dass er an die sehr grosse Wirksamkeit des Kalomels glaube, in Dosen von 0,006 dreimal binnen 24 Stunden dargereicht. Ausserdem gibt er grosse Klistiere von abgekochtem Wasser und erhebt Protest gegen die Anwendung von Opium. —

Dr. d'Armours sagt, er finde den Gebrauch von Salophen sehr praktisch, auch von Bism. subgall. und in gewissen Fällen von Strychnin in ganz schwachen Dosen. —

Dr. Aubry gibt manchmal Opium, wenn die Kinder Koliken haben und nichts sie zu beruhigen imstande ist. Opium ist ein wunderbares Medikament; es hat ihm in verzweifelten Fällen ausgezeichnete Resultate ergeben. Im übrigen teilt er die Anschauungen der Kollegen. —

Dr. d'Armours erachtet Opium für gefährlich, weil die Mutter, ohne sich Rechnung über die Gefahr zu geben, es sehr bequem findet, ihr Kind zu beruhigen, sobald es schreit. —

Dr. Quirk rühmt das Rizinusöl als Purgativ und ist kein Gegner der Stimulantien in der Form des Kognak und des Portweins in kleinen Gaben. Er macht gerne einen Auszug aus verkleinertem Brot in Wasser, seiht ihn durch ein Tuch durch und gibt dieses Wasser den Kindern zu trinken. Auch empfiehlt er verdünnte Milch und Selterswasser. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

1. Der 25. Kongress für innere Medizin findet vom 6. bis 9. April 1908 in Wien statt. 2. Das Präsidium übernimmt Herr v. Müller (München). 3. Folgendes Thema soll zur Verhandlung kommen: Am ersten Sitzungstage: Montag, den 6. April 1908: **Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu inneren Erkrankungen.** 1. Referat: Herr v. Rosthorn (Heidelberg). 2. Referat: Herr Lenhartz (Hamburg). Am dritten Sitzungstage: Mittwoch, den 8. April 1908: Über die neueren klinischen Untersuchungsmethoden der Darmfunktionen und ihre Ergebnisse. Vortrag von Herrn Adolf Schmidt (Halle). Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr Neisser (Breslau): Der gegenwärtige Stand der Pathologie und Therapie der Syphilis. Herr Fischler (Heidelberg): Über experimentell erzeugte Leberzirrhose und einige Beobachtungen dabei. Herr Arthur Horner (Wien): Nephritis und Blutdruck. Herr Morawitz (Heidelberg): Über Blutmenge und Blutverteilung bei Anämie. Herr Pal (Wien): Thema vorläufig vorbehalten. Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden): Drüsenfieber, Herr Schwenckenbecher (Heidelberg): Die endgültige Beseitigung des Begriffes: Perspiratio insensibilis.

Anmeldungen von Vorträgen sind bis zum 1. Februar 1908 zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13. Anmeldungen von Vorträgen nach dem 1. Februar 1908 und solche mit „Thema vorbehalten“ können nicht berücksichtigt werden.

Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zur Ausstellung sind zu richten an Herrn Professor Dr. Hermann Schlesinger, Wien I., Ebendorferstrasse 10.



Praktische Mitteilungen und Notizen.

Auf Grund der Angaben von v. Mikulicz (Münch. med. Woch. No. 17, 1904), Hannes (Z. f. Gynäk., No. 24, 1906) und anderen, aus denen die Wichtigkeit einer Hyperleukozytose für die Gesundung des fiebernden, infizierten Organismus und als bester Weg zur Erzielung derselben die Anwendung der Nukleinsäure hervorgeht, stellt das physiol.-chem. Laboratorium Rosenberg (Berlin-Charlottenburg) unter dem

Namen „**Phagocytin**“ seit einiger Zeit sterile Subkutan-Injektionen her, welche pro Phiole à 1 ccm 0,05 reines nukleinsaures Natrium enthalten. Diese Subkutan-Injektionen, welche durch die Art ihrer Darstellung und Zusammensetzung, sowie durch ihre absolute Sterilität (sie sind im Autoklaven sterilisiert) entschieden eine Vervollkommenung des bisherigen Verfahrens der Nuklein-Injektionsbehandlung bedeuten, sollen speziell zur Erzeugung einer Leukozytose bei septischen Krankheiten angewandt werden, und wirken zugleich auch als hervorragendes Tonikum nach erschöpfenden Krankheiten. „Phagocytin“ ist daher indiziert als Prophylaktikum gegen drohende Infektionsgefahr bei operativen Eingriffen, besonders im Bereiche der Bauchhöhle, als die Heilung begünstigender Faktor bei septischen Erkrankungen aller Art, Puerperalfieber, Wundinfektion, Blutvergiftungen usw., als Ersatz des Quecksilbers bei allen Formen der Lues, als Stärkungs- und Anregungsmittel bei Erschöpfungszuständen nach vorhergehenden Krankheiten, in der Rekonvaleszenz usw.

F.

Schwangerschaftserbrechen. Dr. Goodell empfiehlt nach the Hospital (27. Juli 1907) die nachstehende Vorschrift:

Cer. oxalat. 0,06

Ipecacuanh. 0,06

Creosot. gutt. I.

M. f. pil. D. tal. dos. X. D. S.

Alle Stunden 1 Pille z. n. bis das Erbrechen aufhört. --

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Pruritus vulvae und Menopause. Die gleiche Quelle empfiehlt nach einer vorhergegangenen Abspülung der affizierten Teile mit warmem Wasser und venetianischer Seife ein Waschmittel von folgender Zusammensetzung:

Morph. hydrochloric. 0,36

Acid. borici . . . 5,40

Aqu. camphorat . . 180,00

M. D. S. Zum Waschen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über das neue Antiseptikum **Parisol** hat der Amtstierarzt Schade (Berl. tierärztliche Woch., No. 9, 1907) interessante Untersuchungen angestellt, aus denen hervorgeht, dass diese Substanz an starker bakterizider Wirkung selbst Lysol, Acidum carbolicum und Sublimat meist weit übertrifft.

Parisol ist eine gelbliche, klare, etwas ölige Flüssigkeit von einem spezifischen Gewicht von 1,0 ° alkalischer Reaktion. Der Geruch erinnert an den des Formalins. In destilliertem Wasser ist es schon bei gewöhnlicher Temperatur klar löslich, mit kalkhaltigem Wasser bildet es durch Ausfällung von Kalkseifen bläuliche Lösungen, deren Wirkung durch die Ausfällung nicht beeinträchtigt ist. Jedoch empfiehlt es sich, bei Verwendung von kalkhaltigem Wasser zu Lösungen diese vor jedesmaligem Gebrauch frisch herzustellen, da die ausgeschiedenen Kalkseifen

doch möglicherweise bei längerem Stehen zersetzend einwirken könnten. In Alkohol, Äther und Glyzerin ist Parisol leicht löslich, in Kollodium und Chloroform ist es unlöslich und bildet mit diesen Flüssigkeiten Niederschläge. Mit Fett, Paraffinsalbe, Vaseline und Lanolin lässt sich Parisol gut zu Salben verreiben und mit Acid. boric. und Amyl. tritic. zu Pulvern vermischen.

Parisol eignet sich nicht nur zum äusseren Gebrauch, zur Desinfektion von Gegenständen, zur Behandlung von Wunden, wobei es eine sehr schöne Tiefenwirkung zeigt, zur Desinfektion der Hände vor Operationen etc., sondern auch zum inneren Gebrauch, insofern, als Verf. die relative Ungiftigkeit des Mittels experimentell feststellte. Erst bei Gaben von 2,0 pro Kilo Körpergewicht traten Krankheitserscheinungen auf und als tödliche Dosis sind erst 2,35 pro Kilo Gewicht zu bezeichnen. Verf. resumiert dabei seine Ausführungen wie folgt:

„Die in der Praxis erzielten sehr günstigen Resultate, die experimentell nachgewiesene energische bakterizide Wirkung, die relative Ungiftigkeit und die sonstigen Eigenschaften des Mittels (Löslichkeit in Wasser, Geruchlosigkeit der zur Anwendung kommenden Lösungen, sparsamer Verbrauch, stark desodorisierende Wirkung) fordern zur Beachtung und zur weiteren Erprobung des Parisols auf.“ —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über das **Monotal** und sein Indikationsgebiet sagt Dr. Müller: Elberfeld in der Allg. med. Central-Zeitung Nr. 26, 1907, dass wir 1. im Monotal das bis jetzt pharmakologisch rationellste externe Mittel von ausgezeichnetem Erfolg zur Behandlung von Neuralgien im engeren und weiteren Sinne haben; 2. dass es in seiner therapeutischen Wirksamkeit bei rheumatischen Erkrankungen versagt und differentialdiagnostisch ex juvantibus dem Mesotan gegenüberzustellen ist; dass es 3. gut geeignet ist, zur Behandlung der begleitenden Schmerzen bei Pleuritis und Tuberkulose der Lungen, ohne aber letztere objektiv sichtlich zu beeinflussen; dass es 4. wie das Guajakol von allgemeiner pharmakologischer Wirksamkeit ist, ohne aber in anderen Fällen als den angeführten eine spezifische Heilwirkung zu besitzen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

In seiner Arbeit: „**Der Nutzwert des Fleischsaftes**“, bespricht Dr. Julian Marcuse (Mannheim) in der „Heilkunde“ unter anderem einen Fall von motorischer Insuffizienz nach einer Myomoperation, in welchem ihm die Anwendung von Eispuro vortreffliche Dienste leistete. Er schliesst seine Arbeit mit den Worten: „So stimmen auch meine Erfahrungen bezüglich des Fleischsaftes Puro — seine mannigfache Verwertung in zahlreichen weiteren Krankheits- und Rekonvaleszenzfallen durch Krankengeschichten zu belegen, dieser Pflicht glaube ich im Hinblick auf die vorliegende erschöpfende Literatur überhoben zu sein — mit den anderen Autoren dahin überein, dass wir in dem Präparate ein hervorragendes Mittel zur Appetitanregung wie nicht minder zur Deckung

des Stickstoffbedarfes des menschlichen Organismus besitzen und damit in ihm ein Nährmittel *κατ' ἐξοχήν* erblicken müssen.“ F.

Behandlung der Dysmenorrhöe. Bei rein krampfhafter Dysmenorrhöe, gegen die es unstatthaft erscheint, eine örtliche Therapie einzuleiten, ist Guajacum das beste Mittel. Man kann dieses Harz gemeinsam mit Malzextrakt oder Honig verordnen. Auch Aletris cordial. mit chlorsaurem Kali beugt bisweilen derartigen Menstrualschmerzen vor, während Aspirin, Antipyrin und Phenazetin erst bei schon ausgebrochener Dysmenorrhöe am Platze sind.

(Prof. Dr. Herman. The hospital, 19. Oktober 1907, pag. 68.)
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Feuilleton.

Aus der Praxis.

Randglossen von Dr. Mensinga.

„Sehr geehrter Herr Doktor!

„ Ich erlaube mir nun um Auskunft zu
„bitten, wo ich Ihr Pessar erhalte. Ich stehe vor der Heirat, bin
„jedoch zur Zeit nicht so gestellt, dass sich meine Frau, während einer
„Schwangerschaft die für ihre und des Kindes Gesundheit nötige
„Pflege angedeihen lassen könnte. Aus diesem Grunde sind wir
„beide vorerst, so sehr wir sonst uns auf eine Frucht unserer Ver-
„bindung freuen, gezwungen eine Empfängnis zu verhüten. . . .
ergebenst

„X. S. . . . 1907.

N. N. Ing.

Solche und Briefe ähnlichen Inhalts habe ich des öfteren erhalten, noch stets haben sie mich in Verlegenheit gesetzt, denn was soll ich darauf antworten? Einfach die Adresse des Verkäufers anzugeben, ist zwecklos, da erstens Handhabung, Auswahl des Pessars aus geschriebener oder gedruckter Gebrauchsanweisung immer nur ungenügend zu erlernen, zweitens bei einer unberührten Jungfrau die Anwendung des Pessars unmöglich ist. (Diese Tatsache will ich betonen für diejenigen, welche mir unmoralische Förderung des illegitimen Koitus imputieren möchten.)

Im ersteren Falle könnte ich den Betreffenden an einen Arzt in seinem Wohnorte verweisen; nun gibt es aber in der gedachten Richtung orthodoxe und liberale Ärzte, meine Grundsätze ablehnende und anerkennende Mediziner, inkarniert dogmatische und fortschrittlich gesinnte Seelen — wie soll man solche aus dem Ärzteverzeichnis herausfinden? — das ist unmöglich!

Im zweiten Falle müsste ich angeben, dass vor der Anwendung eine Defloration mit öfteren Dehnungen der Vagina stattzufinden habe.

Auf einen instrumentellen Vorgang würde sich wohl keine Virgo

einlassen, und ein physiologischer Vorgang könnte gar das Gegenteil bewirken dessen, was man beabsichtigte, oder ein abscheulicher Congressus interruptus müsste gefordert werden!

Dieses alles dem Fragesteller auseinander zu setzen, um ihm dann schliesslich den Gebrauch eines guten Kondoms anzuraten, das könnte man dem vielbeschäftigten Arzte auch wohl nicht zumuten; und wenn er gar nicht antwortet, ladet er mindestens den Vorwurf der Unhöflichkeit auf sich; doch bleibt ihm da nichts anderes übrig.

Der Rat, einstweilen auf Heirat zu verzichten und zu warten, bis eine solche cum sequentibus von materieller Seite gestattet ist, ist ein so zweischneidiges Schwert, das jener auch unmöglich rationell sein kann; zur Heirat unter Verzicht auf Cohabitation wäre ebenso unnötig, weil absolut undurchführbar; verlangt wird letzteres allerdings unter Umständen auch noch heute von Männern der Wissenschaft, mittelalterlichen Philosophen und Theoretikern; — nicht einmal von gesetzlichen Coelibatären aber wird ein solcher befolgt. Weiss ich doch aus dem Munde eines strengen (!) Katholiken, dessen Bruder und Onkel Geistliche sind, dass die Verpflichtung zum Coelibat — die Verpflichtung zur Keuschheit nicht involviert. Letztere ist übrigens in den süddeutschen Gefilden des Enzian und Edelweiss ein unbekanntes Kraut; denn „auf der Alm gibt's ka Sünd“!

Wurden doch z. B. in Reichenhall, einem uralten Gebirgsort von Oktober 1906 bis inkl. Sept. 1907, 207 Kinder geboren, von denen 56 illegitime sind, also 27⁰/₁₀₀, doch haben letztere es im ganzen nicht schlechter als die legitimen, denn von den im selbigen Zeitraum notierten 154 Toten jeglichen Alters (exklusive den 25 dort gestorbenen Kurgästen) entfallen 50 Fälle auf Kinder unter 2 Jahren; dies ergibt eine Kindersterblichkeit von ca. 33⁰/₁₀₀; unter dieser Kinderzahl gibt es aber nur 11 illegitime, also nur 22⁰/₁₀₀ (nicht 27⁰/₁₀₀). Mithin wäre die Lebensaussicht für die illegitimen noch um einiges günstiger als für die legitimen. Vielfach werden die illegitimen Kinder von der Mutter ihren Eltern in Pflege gegeben, so dass sie nichts entbehren.

Die beträchtliche Kinder-Sterblichkeitsziffer ist wohl hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die Kinder allesamt meistens mit der Flasche ernährt werden, das Selbststillen als unbequem, arbeitshemmend verpönt wird.

Dass die Frauen dort es im ganzen nicht gut haben, sieht man an der Mehrzahl noch nicht sehr alter, abgelebter ausgemergelter Frauen. Jede Alte ist dort bedauernswert hässlich und verkommen. Wohlgenährte noch verhältnismässig gut aussehende alte Frauen, wie in Norddeutschland, sieht man nicht. Die Frau ist dort durchgängig noch die Sklavin, sie trägt den Stempel der Überbürdung bei ungenügender Pflege an sich.

Andererseits ist die Untreue in der dortigen Landbevölkerung selten vorkommend. Der „Bua“ lässt „sei Dierndl“ nicht mit dem Kinde sitzen, auch wenn er mehrere Kinder mit seiner unehelichen Gattin zeugt.

Es beinträchtigt das Ansehen des Mädchens durchaus nicht, ein Kind zu besitzen, werden doch in den monatlichen Standesamtsberichten in der Zeitung die Mütter der illegitimen Kinder mit vollem Stand und Namen aufgeführt — so gut wie bei den legitimen.

Nur in ganz seltenen Fällen wird Anstoss genommen, wie z. B. in einem anderen Gebirgsorte im vorigen Sommer eine Magd nach der Geburt ihres zwölften Kindes von der Geistlichkeit mit der grossen Exkommunikation bestraft wurde; (vielleicht, weil der Vater dieses 12. Kindes nicht nachweislich derselbe war, wie derjenige der 11 vorhergehenden Kinder).

Für „Sittlichkeitsvereine“ in dieser Beziehung ist nach obigem dort absolut kein Boden; dass fast jede Magd dort, die treu ist wie Gold, ein Kind hat oder mehr, wird durchaus nicht als unsittlich empfunden. Mir steht noch vor Augen eine Magd, welche mir mit Stolz ihren hübschen dritten Buben zeigte (natürlich vom selben Vater wie die anderen), der am Sonntag gekommen war, um seine Mutter „in der Stadt“ zu besuchen.

Die Leuten leben fröhlich in den Tag hinein, und lassen „Gott und Vater sorgen“; man muss sich oft wundern über ihre naive Beschränktheit, aber sie sind nicht herauszureissen aus ihrer Zufriedenheit, damit hat es Zeit, bis sie einer höheren Bildung und Aufklärung theilhaftig werden; und dass das nicht so bald geschieht, dafür ist gesorgt.

Während die Zahl der illegitimen Zeugungen durchschnittlich 27% beträgt, ist es merkwürdig zu erfahren, dass diese im April (also vor Beginn der Saison) den höchsten Stand erreicht: 40%, danach aber während der Saison allmählich beständig abfällt, siehe die angefügte Tabelle: Mai 36,36, Juni 33,33, Juli 25, August 19,28, Septemb. 6,74%, im Oktober (nach der Saison) alsdann wiederum plötzlich anschwillt: 28,0, Nov. 37,5, Dez. 19,17 (Jan. 1907 52,6%). (An den 56 illegitimen Geburten sind die Dienst-, Haus- und Zimmermägde bei weitem am meisten beteiligt: 22, folgen die Kellnerinnen 9, Kochinnen 6, Näherinnen 3, Wäscherinnen 3, Bauerntöchter 3, Handwerkertöchter 3, Haushälterinnen 2, Buchhalterin 1, Damenschneiderin 1, Blumenmädchen 1.) Das Zusammenströmen so vieler Fremden, Kurgäste, die nur als Milchkühe betrachtet werden, hat nach Obigem keinen merklichen Einfluss auf die illegitime Zeugung unter den Ortsangehörigen, woraus wiederum hervorgeht, dass die „Dierndln“ ihrerseits wiederum der guten Sitte gemäss, treu zu ihren „Bua'm“ halten.

Die verhängnisvolle Sitte der Flaschendarreichung anstatt der Brustnahrung, eine Sitte die z. B. zur Folge hat, dass die militärdienstfähige junge Mannschaft im oberbayrischen Bezirk Sonthofen fast verschwunden ist, und dass die Entartung der weiblichen Welt natürlich damit konform einhergeht, muss jeden Kompetenten mit dem trübsten Ausblick in die Zukunft erfüllen, und die Frage: welche Mittel besitzen wir, diesem Missstande abzuhelpen? tritt gebieterisch an uns heran, denn die Entartung, die Verarmung, die Arbeitsunfähigkeit, der Untergang eines sonst so tüchtigen, wertvollen und schönen*) Volksschlages ist damit verknüpft und wird nicht lange auf sich warten lassen.

*) Die Studienköpfe u. s. w. eines Defregger, denen man auf Schritt und Tritt begegnet, beweisen dies zur Genüge. Die klassische Adlernase des Mannes mit dem vollen Schnauzbart, dem scharfblickenden Auge, das schöne weibliche Oval mit dem reichen hellblonden Haar und den klaren himmelblauen Augen – ganz das bayrische Blau – welches mich immer fest an den isländischen Mädchentypus erinnert, sind wahre Prachtstücke und wohl der Erhaltung wert.

Man hat Stillprämien in verschiedener Höhe vorgeschlagen, dazu Belehrung durch Ärzte, mündlich, oder durch geeignete einschlägige

Aufstellung zur Übersicht der illegitimen Geburten vom Okt. des Jahres 1906 bis Sept. 1907:

Geburtsmonat	Kinderzahl	Davon illegitim	Empfängnismonat	Illegitim %	Berufsarten	Dienst-	Zimmer-	Haus-	Kellnerin	Köchin	Näherin	Wäscherin	Bauertochter	Handw.-Tochter	Haushälterin	Damenschneiderin	Buchhalterin	Blumenmädchen
Okt.	14	3	Januar	21,43		1			2*)		2*)	1*)			1			1
Nov.	21	5	Febr.	23,41														
Dez.	11	2	März	18,18		1	1		1				1					
Januar	20	8	April	40,0		4	1		1				1	1			1	
Febr.	11	4	Mai	36,36		1			1									
März	15	5	Juni	33,33					3*)		1							
April	8	2	Juli	25,0								1						
Mai	26	5	Aug.	19,23				1	1	2				1		1		
Juni	15	1	Sept.	6,74														
Juli	18	5	Oktober	28,23				1	1									
Aug.	24	9	Nov.	37,5		3	1	1		2	1		2	1	1			
Sept.	24	7	Dez.	29,17		4												
Sa.	207	56		27 %		16	4	2	9	6	5	3	3	3	2	1	1	1
						22												

*) Fastnachtszeit;
*) Juni hat oft 9—12 Festtage!

Bucher und Denkwortel — Beeinflussung der Hebammen — fromme Wünsche!

Ein Mittel, das noch nicht vorgeschlagen, das aber m. E. von durchschlagendem Erfolg sein würde, wäre: man müsste die allmächtige Geistlichkeit für diese Sache erwärmen, welches, wenn es von oben herab käme, leicht auszuführen wäre. Diese würde durch ihren unausweichlichen Einfluss auf die ganze Familie, vermittelt der Frau und Gattin, es ganz alleine fertig bringen, die Frauen von der verderblichen Sitte abzuwenden.

Es würde das nicht mehr vorkommen können, wie es mir zu Anfang der Saison in diesem Jahre ergangen ist.

Eine junge Arbeiterfrau konsultierte mich während der ersten Schwangerschaft. Nach genauerer Untersuchung zeigte es sich, dass bei sonst gut entwickelten Brüsten ihre Warzen zum Stillen untauglich waren. Ich erbot mich, sie gratis zu behandeln, zur Erzielung guter brauchbarer Warzen, wollte gar ihr dafür garantieren, sie sollte nur einmal wöchentlich von ihrem ein paar Kilometer entfernten Wohnorte während der Saison zu mir kommen, was sie mühelos hätte tun können. Ich schlug ihr gar den Sonntag vor, so dass sie vor- oder nachher noch die Kirche besuchen könne, — sie kam nicht wieder! — ja, wenn es eine Art Bittgang gewesen wäre, oder der „Pfarr“ hätte es geboten, so hätte sie bestimmt Zeit dazu gefunden!

Sterbetafel Oktober 1906 bis September 1907.

Monat	Gestorben insgesamt	davon Kurgäste	Kinder † unter 2 J.	davon illegitim
Oktober	5	—	2	2
November	19	1	11	2
Dezember	16	—	11	3
Januar	11	1	3	—
Februar	21	—	3	—
März	13	—	4	1
April	11	1	1	1
Mai	17	1	4	—
Juni	20	4	2	1
Juli	15	7	4	1
August	17	7	1	—
September	14	3	4	—
	179	25	50	11
	— 25		=	=
	154		33 %	22 %

Kindsterblichkeit in
den heissen Monaten
nicht grösser als sonst.
gegen die Legitimen,
während doch 7 % illegitim
geboren wurden.

Ich beanspruche für diese beiden Tabellen einstweilen keinen sie verallgemeinernden statistischen Wert, sie sollen nur die Grundlage abgeben für eine begründete Augenblicksschilderung aus dem praktischen Leben. Dass meine Zahlen und die daraus hervorgehenden Schlussfolgerungen nicht so ganz unrichtig sein können, geht daraus hervor, dass z. B. die diesjährige illegitime Januarzeugung den Koeffizienten von 52,6 % trägt (Oktober 1907 geboren: 19, davon illegitim 10), gestorben 12, (exklusive 1 Kurgast), davon Kinder unter 2 Jahren: 3, hierunter illegitim 0. Dies ergibt für meine Ausführungen eine ganz hübsche Perspektive.

N a c h w o r t.

Während der Drucklegung des Obigen bringen Zeitungen die Nachricht, dass der Pfarrer Grandinger in dem bayr. Abgeordnetenhanse den unvermittelten Antrag gestellt, die Geistlichkeit in dem von mir gedachten Sinne heranzuziehen, welcher Antrag indessen vom Zentrum abgelehnt worden; für den Kenner ist das verständlich, da die Ablehnung wohl weniger der Sache selbst als vielmehr dem Antragsteller galt.

Würde eine intime persona grata den Befehlshaber des Zentrums in stiller Kammer durch sozialhygienische volkerhaltende Gründe von der Opportunität der Sache vollinhaltlich, überzeugen und — ihm die Initiative zur Sache überlassen, so bin ich überzeugt, dass eben vermittelt der Geistlichkeit in kürzester Frist die ganze oberbayerische Mutterschaft die eifrigste Anhängerin der Sache wäre und das Nichtstillen als Sünde und Schande oder ein mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu vermeidendes Unglück betrachten und danach handeln würde.

Solchergestalt wäre der Dienst, den die Geistlichkeit — die Kirche — dem Volkswohl, der Volkskraft leistete, ein geradezu unberechenbarer, ohne dass ihr ein Pfennig dafür abginge.

Der kleine Ausfall, den der Pfarrer für sonstige Kinderleichen hätte, würde durch die Vermeidung der Krüppellasten und konsekutiv durch die Vermehrung der arbeits- und zahlungsfähigen Kräfte alsbald mehr als ausgeglichen werden. (Denn, dass Flaschenkinder dem Krüppelwesen weit mehr ausgesetzt sind als Brustkinder, bedarf wohl keines näheren Beweises.)

Literatur.

Archiv für Gynäkologie. 83. Bd., 2. u. 3. H. 18,00. 84. Bd., 1. H. 10,00. Berlin 1907, A. Hirschwald. 28,00

Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. 11. Bd., 3. Heft. 8,40. 12. Bd., 1. Heft. 8,00. Leipzig 1907, Gg. Thieme. 16,40

Bürger, I. Assist. Dr. Osk., d. Geburtsleitg. bei engem Becken. Vorwort v. Friedr. Schauta, m. 6 Tab. u. 7 Kurven- tafeln im Text. Wien 1908, J. Safar. 5,00

Crossen, Harry, Surgeon, MD., the diagnosis and treatment of diseases of women; with 700 illustr. St. Louis 1907, Morby Medical Book & Publ. Co. mor. 7 doll. 50 c.

Fehling, Prof. Geh. Med.-R., Dir. Dr. Herm., die operative Geburtshilfe d. Praxis u. Klinik. i. 20 Vorträgen, m. 77 Abbildungen. Wiesbaden 1908, J. F. Bergmann. geb. i. Leinw. 4,00

Frommel's Jahresbericht, ü. d. Fortschritte auf d. Gebiete d. Geburtshilfe u. Gynäkologie. Red. v. Proff. DDr. K. Franz u. J. Veit. XX. Jahrg. Bericht über das Jahr 1906. Wiesbaden 1907, J. F. Bergmann. 34,00

Murdy, Rob. L. MD., the obstetric gulde, being a treatise on pregnancy and childbirth; prepared especially for the laity. Aberdeen 1907, Robert L. Murdy. 1 doll 50 c.

Pauli, R., ü. Dauererfolge der Alexander-Adam'schen Operation bei Retroflexio uteri u. b. Prolaps. Diss. Sirassburg 1907. 3 doll.

Schink, Reinh., 75 Myomfälle aus der Universitätsfrauenklinik zu Jena. Diss. Jena 1907. 10 s. 6 d.

Stephens, Albert Franklin, MD., the essentials of medical gynecology according to the eclectic, or specific, practice of medicine in the treatment of disease. il. col. Cincinnati 1907. Scudder Brothers Co. 3 doll.

Transactions of the Edinburgh obstetrical society. Vol. XXXII. Session 1906—1907. London 1907, Oliver & Boyd. 10 s. 6 d.

Wilson, Thomas, pelvic inflammations in the female. Ingleby lectures 1907. London 1907, Simpkm. 3 s. 6 d.

Zeitschrift für Geburtshilfe. 60. Bd., 3. Heft 12,00. 61 Bd., 1. Heft 6,60. Stuttgart 1907, F. Enke. 18,60

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hofflieferant, Langensalza.

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Aerzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg, Frauenarzt in Dresden.

Erscheint am dritten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 18 Mk. direkt unter Kreuzband 18 Mk. 80 Pf., für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 20 Mk. für's Ausland einzelne Hefte 2 Mk. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

Heft 3 (267).

Leipzig, 20. März 1908.

XXIII. Jahrg.

Inhalt: Originalien: **Kritzler**, Die Gynäkologie und Geburtshilfe Ambroise Pare's. 98. — **Hoffmann**, Eine Riesenfrucht mit Hydrocephalus, allgemeinem Ödem und Spina bifida. 100. — **Mensinga**, Darfen kranke Frauen konzipieren. 101. — **Freudenberg**, Gutartige und bösartige Kysten der weiblichen Brust. 103. — Referate über Frauenheilkunde: **Schauenstein**, Entstehung des Plattenepithelkarzinoms. 106. — **Nebesky**, Behandlung der Adnexerkrankungen. 106. — **Ried**, Befestigung der Wanderniere. 107. **Papanicol**, De grossen Ovarialkysten. 107. — **Democh**, Vaginale Ovari-tomien. 108. — **Daniel** und **Amza-Jianu**, Vulväre Tuberkulose. 109. — **Maly**, Kasuistik der papillären Zervixtuberkulose. 109. — Sammelreferat der modernen Pharmakologie: **van der Eeckhaut**, Hypnotische Wirkung in der Valeriansäuregruppe. 109. — **Kanitz**, Der Wert des Santyls. 110. — **Piorkowski**, Über Gonoson. 111. — **Hoffmann**, Pankreatin bei Karzinom. 111. — **Pankow**, Das Alttuberkulin Koch. 112. — **Hoffmann**, Verwendung synthetischen Suprarenins. 112. — **Hofmeier**, Gebrauch von Chlorzinklösungen. 113. — **Horst**, Thiopinol (Matzka) 113. — Referate über Geburts- und Säuglingspflege: **Stähler**, Appendicitis in graviditate. 115. — **Cohn**, Das akute primäre Hydranion. 116. — **Donald**, Messungen des Kindes in utero. 116. — **Frey**, Beckenerweiternde Operation. 117. — **Mueller**, Deflexionslagenhabitus und Deflexionslagenkopftorm. 118. — **Queirel**, Späthämorrhagien. 118. — **Cannaday**, Dammrisse. 119. — **Mathes**, Damm-schutz. 122. — **Finkler**, Einfluss der Ernährung auf die Milchsekretion. 122. — **Rub-ska**, Geburten bei Gebärmuttermyomen. 123. — **Fränkel**, Intrauteriner Eischwund. 123. — Kongenitale Retroversion des Uterus. 124. — **Bellingham-Smitt**, Rückwärtslagerung der Gebärmutter. 124. — **Rieck**, Interstitielle Tubenschwangerschaft. 125. — **Hartog**, Entwicklungs-differenzen von Zwillingen. 126. — **Curschmann**, Hysterische Schweisse. 126. — **Ulrich**, Intrauterine Leichenstarre. 127. — **Seltz**, Intrakranielle Blutergüsse. 127. — **Hippins**, Hämorrhoiden bei Kindern. 128. — **Tschernod**, Späte Naht frischer Dammrisse. 128. — Sammelreferat. Pharmakologisches: **Riemann**, Warzenschutz durch Gaudanin. 129. — **Dresch**, Methylenblau als Topikum für Brustwarzen. 129. — **Kaiser**, Eklampsie. 129. — **Puppel**, Osteomalakie mit Nebennierenpräparaten. 130. — **Schmidt**, Somatose bei Wöchnerinnen. 130. — **Sée**, Brechmittel bei Kindern. 130. — **Natanson**, Plattenepithel im Uterus von Kindern. 131. — **Kamann**, Melana spuria. 131. — **Voisin**, Dementia epileptika. 132. — **d'Astros**, Ödeme bei Neugeborenen. 132. — Rezensionen: **Veit**, Handbuch der Gynäkologie. 134. — **Balsch**, Ursache des Kindbettfiebers. 135. — **Bockelmann**, Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. 135. — **Flebig**, Rachitis. 137. — **Ebstein**, Leitfaden der ärztlichen Untersuchung. 139. — Referate aus ärztlichen Gesellschaften. 140. — Praktische Mitteilungen und Notizen. 141. — Feuilleton. 143. — Literatur. 144.

Nachdruck bedarf der Genehmigung des Verlegers — Referierung mit Quellenangabe erbeten. — Sonderabdrücke verboten.

Die Gynäkologie und Geburtshilfe Ambroise Paré's.

Historische Skizze von Hans Kritzler,

Studierender der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen zu Berlin.

Im Jahre 1575 erschienen Ambroise Paré's „Oeuvres complètes“, ein Werk, das man mit Recht zu den epochemachendsten, markantesten Büchererscheinungen des 16. Jahrhunderts auf medizinischem Gebiete rechnen muss. Selbst der moderne Chirurg wird noch heutzutage mit Interesse die Schriften lesen, in denen der berühmte französische Wundarzt mit der segensreichen Wiedereinführung der Ligatur*) und mit der durchgreifenden Umgestaltung der Schusswundenbehandlung**) siegreich gegen das veraltete, grausame Kauterisationsverfahren kämpfte. Aber auch in gynäkologischer und geburtshilflicher Hinsicht findet man bei Paré in seinen, unter dem Titel „De la génération de l'homme“ zusammengefassten Abhandlungen manches Wissenswerte. Operative Frauenheilkunde und Entbindungskunst wurden in damaliger Zeit von den gelehrten Medizern als eine „ars, quae virum dedecet“ in hochmütigem Dünkel den Chirurgen überlassen; so auch in Frankreich, wo die strebsamen Wundärzte vom Collège St. Côme und die ehrgeizigen barbierchirurgiens sich eifrig dieses seit Jahrhunderten vernachlässigten Gebietes angenommen und auf ihm erhebliche, mit der Zeit stets wachsende Erfolge errungen hatten. Letztere sind nicht zum wenigsten dem Verdienste Ambroise Paré's zuzuschreiben, der auch aus der Zunft der Barbierchirurgen hervorgegangen, später in das Collège St. Côme aufgenommen worden war und ebenso wie die meisten seiner Berufsgenossen frauenärztliche und geburtshilfliche Praxis ausübte.

Paré's Werk, das mehrere Auflagen erlebte, wurde in die lateinische und deutsche Sprache übertragen; die zweite Auflage dieser letzteren Übersetzung von dem Doktor der Medizin Peter Uffenbach, einem Stadtarzte in Frankfurt am Main, 1635, sowie die kritische französische Ausgabe von J. F. Malgaigne, Paris 1840, standen mir als Quellen zur Verfügung und lieferten mir den Stoff zu der nachfolgenden kleinen Skizze.

In Paré's gynäkologischen Kapiteln, die ich zuerst besprechen will, zeigt sich eine für damalige Zeit nicht geringwertige Erfahrung. Die Menstruationsstörungen, die er bei Frauenleiden für ätiologisch wichtig hält, nehmen bei ihm einen beträchtlichen Raum ein. Er sieht in der Menstruation eine Reinigung des weiblichen Blutes, das viel mehr schlechte Stoffe enthalten soll als das männliche, und deshalb ist für ihn die Amenorrhöe der Grund vieler innerer Erkrankungen. Beim Ausbleiben der Menses, deren Ersatz, die vikariierende Blutungen, er oft, sogar bei seiner eigenen Frau, erlebte, empfiehlt er

*) Du flux ou sang, qui survient aux playes. Paré, Oeuvres complètes, 1775.

**) Livre traitant des playes faites par harquebusades et autres bastons à feu, flèches, dards et des accidents d'icelles, ibidem 1775.

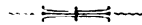
neben Tränken und Mutterzäpfchen aus allen möglichen Kräutern und Gewürzen Aderlässe und Blutegel an den Gebärmutterhals. Die Menstruatio præcox behandelt er wie die Blutung nach der Geburt in der Hauptsache mit Purgantien und Diät. Ferner führt er den Fluor albus an und unterscheidet ihn genau von gonorrhöischen und karzinomatösen Ausflüssen; ihre Behandlung besteht in zusammenziehenden Bädern und Spülungen. Für letztere führt er ein röhrenförmiges Irrigationsinstrument an, das er auch bei Pruritus vaginae und anderen Scheidenaffektionen, sowie zum Offenhalten der Zervix verwendet. Paré bespricht weiter die Sterilität der Frau und nennt ausser der männlichen Impotenz Hymenalatresieen, Scheidenverklebungen, Stenose des Zervikalkanals, vaginale, von Geburten oder Traumen herrührende Narben, Leukorrhöe und habituellen Abort als Ursachen der Unfruchtbarkeit. Pathologische Neugebilde im Bereiche der Scheide, allenfalls noch in dem der Zervix, wie Kondylome, Verrucae, Schleimhautpolypen etc., entfernt er mit dem Messer oder mit Ätzmitteln; den grossen Geschwülsten der Gebärmutter und der Bauchhöhle jedoch, die er als einstiger Anatom *) ziemlich genau beschreibt und deren Sekundärerscheinung, die Bauchwassersucht, ihm bekannt ist, steht er natürlich machtlos gegenüber, während ihm bei der damals recht weit vorgeschrittenen „Steinchirurgie“ die Entfernung von Blasensteinen wenig Schwierigkeiten macht. Kurz erwähnt er die Lageveränderungen der Gebärmutter, eingehender ihren extremsten Fall, die Uterusinversion. Bei ihr stellt er eine äusserst schlechte Prognose; er behandelt sie mit medikamentösen und Kräuterumschlägen, adstringierenden Irrigationen, eiförmigen Pessarien; ferner versucht er die Gebärmutter nach oben zu ziehen durch auf das Abdomen aufgesetzte „Schröpfköpfe“ und „Brechmittel“, die beim Vomitus mit dem Magen und dem Peritoneum auch den Uterus in die Höhe heben sollen (!). Bei schon putriden, prolabierter Gebärmutter rät er dazu, sie zu exstirpieren und den Stumpf mit dem Glüheisen zu verschorfen. Bei Mastdarmvorfällen und Nabelbrüchen ist seine Therapie ziemlich mangelhaft; eine „Schneckenschleimsalbe“ scheint ihm in diesem Falle besonders heilkräftig. Sehr ausführlich erwähnt Paré die Hysterie, die „Beermutter“, wie sie der deutsche Übersetzer nennt; er erklärt sich ihre Entstehung aus „feuchten und dicken Dünsten“, die im Uterus eingeschlossen vornehmlich einen Druck auf die Brustorgane ausüben sollen, sowie aus „verhaltenem Samen und Geblüt.“ Die mannigfachen hysterischen Symptome, wie Schwere- und Trägheitsgefühl im Leib und in den Beinen, Bleichsucht, Schläfrigkeit, Fluor albus, die verschiedenen Uterusversionen und -flexionen, perverse Begierden, Erbrechen, asthmatische Beschwerden, Psychosen, Epilepsie und andere mehr, sind ihm wohlbekannt; als Heilmittel zieht er zahllose Essenzen, Öle, Mixturen, Theriaks, in Gestalt von Irrigationen und Vaginalsuppositorien, heran; ferner beräuchert er die Gebärmutter und lässt zu gleicher Zeit möglichst stinkende (!) Gerüche einatmen. Bei Ohnmachtsanfällen Hysterischer empfiehlt er eine sonderbare Wiederbelebungs-methode:

*) Paré war längere Zeit Prosektor bei dem bekannten Anatomen I. Dubois (Sylvius, gestorben 1555).

„Reissen an den Pubes.“ Als Kardinalmittel schlägt er nach dem alten hippokratischen Rate vor, Jungfrauen heiraten und Ehefrauen möglichst oft koitieren zu lassen.

Den geburtshilflichen Teil beginnt Paré mit philosophierenden, etwas langatmigen Betrachtungen über die Fortpflanzung des menschlichen Geschlechts sowie über die Herkunft des männlichen und weiblichen Samens. Er bespricht in groben Zügen die fötale Entwicklung, wie er sie sich nach Beobachtungen am Hühnerei vorstellt, und die Ernährung der Frucht durch die Nabelschnur; entgegen der fast allgemein anerkannten Ansicht, es gäbe 2 Nabelvenen, besteht er auf Grund eigener anatomischer Untersuchungen darauf, dass sich in der Nabelschnur nur eine Vene finde. Er glaubt an die Superfötation und sieht in ihr die Erklärung der mehrfachen Schwangerschaft. Dem sogen. „Versehen der Frauen“ jedoch, über das ja damals zahllose Schriften und Bücher erschienen, setzt Paré einige Zweifel entgegen. Die typischen, physischen und psychischen Störungen, welche die Schwangerschaft verursacht, beschreibt er ziemlich genau; zur Diagnose der Gravidität gibt er folgendes, von Hippokrates empfohlenes Mittel an: „Wenn einer Frau nach einem Trunke Meth vor dem Schlafe der Bauch rumpelt, dann ist sie schwanger (!)“ Von Graviditätsanomalien führt er die Blasenmole und den Abort an. Von der ersteren, dem Myom der Chorionzotten, das in der deutschen Übersetzung als „Ohfras“ oder „Monkalb“ bezeichnet wird, fügt er eine Abbildung aus seiner eigenen Sammlung bei; nach Paré's Ansicht entsteht die Blasenmole aus einem „schlechten Samen“ und lässt sich aus stechenden Schmerzen und welken Brüsten während der Schwangerschaft diagnostizieren. In verblüffender, abergläubiger Naivität hält er die Mole für ein wildes Tier, das den Uterus „auffresse“ und oft „durch Flatus sein Dasein verrate“, — letzteres jedenfalls Fälle von Garrulitas vulvae. Er versucht, die Molen teils durch Abortiva, teils operativ durch Zangen, von Uffenbach „Greiffenfüsse“ genannt, zu entfernen. Als Ursachen des Aborts nennt Paré allzu lebhafte Bewegungen, Tanzen, Springen, Überanstrengung bei der Arbeit, perverse Ausübung des Beischlafs, psychische Erregungen, heisse Bäder usw. Welken und Dünnerwerden der Brüste sind ebenso wie bei der Blasenmole für ihn die Symptome der kommenden Fehlgeburt, die er durch ein auf den Unterleib aufzulegendes Pflaster von abenteuerlicher Zusammensetzung — er gibt nicht weniger als 17 Ingredienzien, darunter Drachenblut, Schiffspech etc. an — mitunter aufhalten zu können glaubt.

(Schluss folgt.)



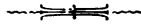
Eine Riesenfrucht mit Hydrocephalus, allgemeinem Ödem und Spina bifida.

Von Dr. med. G. Hoffmann - Patschkau.

In der Nacht vom 9. zum 10. Dezember v. J. wurde ich zur Entbindung in ein benachbartes Dorf gerufen.

Die Kellner- und Schneiderfrau A. B., 44 Jahre alt, von kleiner, untersetzter Figur, ist muskelkräftig gebaut, geringes Fettpolster, sehr starker Leib. 7 normale, wenn auch infolge allgemein verengten Beckens öfters langsam erfolgende Entbindungen, waren vorausgegangen.

Kopf fest auf dem Beckeneingang in II. Schädellage, unbeweglich; starke Druckwehen. Nach vergeblichem Versuch mit der Zange zu extrahieren, wurden mittelst Trokart ca. 600 g Flüssigkeit aus dem Gehirn entleert. Auch jetzt ist es nicht möglich, die Zangenextraktion zu machen. Erst nach Eröffnung des Schädels und gänzlicher Enthirnung mit Zeige- und Mittelfinger der linken Hand, gelingt, wenn auch noch sehr schwer, die Extraktion des Kopfes mit dem Kranioklast. Nun bildete aber der Körper ein weiteres Hindernis. Ich extrahierte daher mittelst Haken den unteren Arm und da auch jetzt eine Entwicklung des Körpers noch nicht gelang, drehte ich das Kind, sodass der noch nicht entwickelte obere Arm auch nach unten zu liegen kam. Erst nachdem dieser extrahiert war, folgte das Kind. Nachblutung fand nicht statt; Nachgeburt sehr gross, wurde mit mässigem Crêde entleert. Wochenbett normal, ohne Fieber. Das kolossal grosse Kind wog nach Entleerung des Wassers im Kopf und ohne Gehirn fast 6 (sechs) kg, hat also in unverletztem Zustande ca. 7 kg gewogen. In der Gegend des 7. Brustwirbels eine ca. talergrosse, ulzerierte Stelle in der Mittellinie des Rückens. Wirbelkörper klafft und zeigt einen mit dem Rückenmarkkanal kommunizierenden Gang. Die Frucht war nur zirka 14 Tage überfällig. Die Glieder derselben hatten den doppelten Umfang der eines kräftigen neugeborenen Kindes. Es bestand starkes Ödem des ganzen Körpers.



Dürfen kranke Frauen konzipieren.

Von Dr. Mensinga, Flensburg und Bad Reichenhall.

„Mütter, Kinder — Kühe, Kälber“. Unter diesem Titel verbreitet sich Torggler, Hebammenlehrer in Klagenfurt in ironischer Weise darüber, dass man rationelle zu Recht bestehende Grundsätze in der Ökonomie auch auf die Menschheit zu übertragen, noch weit entfernt ist.

Ein unumstösslicher Grundsatz in der Viehzucht heisst: „du sollst kein krankes Vieh zur Nachzucht verwenden, sondern dasselbe in irgend einer Weise noch sonst nutzbringend verwerten.“

Dr. Alzheimer in München bringt einen Aufsatz in der „Münch. med. Wochschr.“ Nr. 33, 1907 unter dem Titel: „Über Indikationen für eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei Geisteskranken.“

S. R. Dr. Korach in Posen bringt einen Artikel im „Frauen-

arzt“ Heft 10, 1907: „Innere Krankheiten der Schwangeren zur Einleitung des Abort.“

Beide besprechen gewisse körperliche Zustände, wobei sie zum Resultate kommen:

Sotanbehaftete sollen „nicht heiraten“ — ein euphemistischer Ausdruck für „nicht zeugen“, eventuell, wenn Betreffende verheiratet sind, können Momente eintreten, dass man dazu gezwungen ist, eine bestehende Schwangerschaft zu unterbrechen. Wohlan, wenn nun abermals eine verbotene Schwangerschaft eintritt, soll man dann immer wieder Abort einleiten? oder soll man sagen: ne bis in idem — einmal habe ich geholfen, nun aber nicht mehr, ich überlasse Euch dem Schicksal, das Ihr Euch selber bereitet habt, — seht zu, wie Ihr fertig werdet ohne mich. Ist solche starre Doktrin des humanen Arztes würdig?

Niemand wird leugnen, dass in solcher Konsequenz eine fürchterliche Härte liege; eine Härte, die aller Humanität, die wir Ärzte doch besonders für uns in Anspruch nehmen, den blutigsten Hohn spricht.

Es wäre unnötig, ein solches Dilemma weiter auszumalen, und eine gedeihliche Lösung desselben zu versuchen.

Da komme ich zurück auf einen, auch von anderer kompetenter Seite anerkannten, vor vielen Jahren von mir aufgestellten Grundsatz: „Ich beanspruche für jeden Arzt, der „in Wahrheit Freund und Berater der Familie „ist, in jedem einzelnen Falle, das Recht und die „Pflicht nach „seinem besten Wissen und Können, „die Grenzen der Progenitur fest zu legen und „danach zu verfahren.“

Ich will nicht leugnen, dass es Fälle gibt, wo erbliche Belastung z. B. durch äusserst günstige Verhältnisse (die aber dem Zufall angehören) scheinbar überwunden werden, und ein brauchbares, ja sogar eminentes Produkt (nur mit einer Achillesferse) resultieren könne; diese Ausnahmen, die durchaus nicht in unsere Hände gegeben sind, bestätigen aber die Regel: K r a n k e s o l l e n n i c h t z e u g e n.

Den Eros aber durch Diktatur auszumerzen oder kalt zu stellen, dürfte bisher wohl noch keinem Menschen in Wirklichkeit gelungen sein, wird ihm auch nie gelingen. Nach scheinbarer Unterdrückung entwickeln sich, zwar momentan unschädliche, aber krankhafte charakterlose Auswüchse und Wechselbälge, wie die Urningaffären der letzten Zeit genügend beweisen.*)

*) Wie viele Ehrenwörter, die ein Urningtum von der Hand weisen, mögen im Laufe der Jahre abgegeben sein! Ob sie wahr seien oder falsch — wer will das beweisen?

Ich sehe das naturwidrige Urningtum an als Krankheit (des Geistes, des Charakters) mit ihren Folgezuständen, es gehört also nicht vor das Forum des Richters. — (Ich beobachtete einmal zwei weisse kleine langhaarige verzärtelte Schosshunde, von denen der eine durch Koitusbestrebungen in des andern Anus sich sehr de-lektierte, während der andere mit stark geschwellenem feuchtem Penis in höchster Wollust die Arbeit des andern sich gefallen liess. -- Hätte jeder seine Hündin gehabt, wären sie wohl nicht zu dieser Naturwidrigkeit gekommen.)

Ich fordere danach nichts mehr und nichts weniger, als dass allgemach sämtliche kompetente Männer der Wissenschaft sich zu dem Grundsatz bekennen: Kranke Frauen sollen nicht konzipieren (zeugen), sondern ihre noch vorhandene Kraft soll anderweit verwertet werden.

Es kommt alles darauf an, dass man in jedem einzelnen Falle dasjenige Mittel der Zeugungsverhütung, das uns die Wissenschaft an die Hand gibt und am zweckmässigsten erscheint, unbedingt und unweigerlich anwende.

Ich verlange deshalb, dass der Arzt das ihm unterstellte Menschenmaterial genau kenne: woher, wie beschaffen, Leistungsfähigkeit, Widerstandsfähigkeit, Milieu usw., ebenso genau wie der Viehzüchter seine Herde laut Stammbuch kennt. Aus dieser Kenntnis heraus kann er auch dann die Prognose stellen, und danach seinen positiven Rat erteilen und handeln.

Dass eine kranke Frau aber nicht zeugen soll, ist als ein mathematischer Grundsatz zu betrachten.

Ist die Krankheit unheilbar, so werde jene sterilisiert auf immer; wie der Arzt dieses erreicht, ist gleichgültig und nicht des Debattierens wert — ist ihm vollständig anheim gegeben; ist die Krankheit heilbar, so trete Sterilisation ein auf gewisse vom Arzte zu bemessende Zeit, und auch da soll er die erforderlichen Mittel anwenden, ganz nach seiner Einsicht.

Sodann aber muss es des Arztes Pflicht sein, gemäss seinem weiteren Blick, die Menschheit gesund zu erhalten, Gefahren von ihr rechtzeitig abzuwenden, Gefahren, welche schon jedes gesunde Individuum bedrohen, wenn es über die Gebühr angestrengt wird, die Einnahmen mit den Ausgaben nicht gleichen Schritt halten.

Hegar verlangt auch bei den gesündesten und scheinbar widerstandsfähigsten normal ernährten Frauen zwei und ein halbes Jahr Zeit für jedes Kind. Diese Frist ist nach meiner Erfahrung auch ausreichend und bürgt eine grosse Gewähr für ein anstandsloses allseitiges Fortgedeihen, das aber sofort fraglich wird, sobald man von obiger Regel abweicht, denn irgendwo oder wie tritt solchergestalt Krankheit in der Familie ein — und das zu verhüten, ist die schönste Aufgabe des Arztes.



Gutartige und bösartige Kysten der weiblichen Brust.

Von Dr. Bloodgood,^{*)} deutsch von Dr. Freudenberg - Dresden.

Die Kysten variieren von den gutartigsten bis zu den bösartigsten Formen. Recht häufig kann die Unterscheidung zwischen Benignität und Malignität durch die Anamnese und klinische Untersuchung nicht festgestellt werden, sondern sie wird in exakter Weise erst durch eine Explorativinzision ermöglicht.

^{*)} The bulletin of the Johns Hopkins hospital, April 1907, pag. 139).

Eine Galaktokele entsteht durch die Dilatation eines Milchganges in der stillenden Brust. Es ist dies ein relativ seltener Tumor. Ich habe z. B. nur einen Fall dieser Art beobachtet. Der Tumor kann sich erst entwickeln während oder auch erst nach einer aktiven Laktation. Derselbe hat gewöhnlich Flaschenform mit der Spitze nach der Warze zu. Abgesehen von einer sekundären Infektion bleiben Haut und Warze der Brust normal und die weiche Geschwulst liefert das Gefühl einer Fluktuation. Bei der Inzision zeigt sich eine deutliche Kystenwand von Bindegewebe; der Inhalt besteht aus Milch. In der Mehrzahl der Fälle hat der Rest der Mamma den Anschein einer Laktationshypertrophie; die Gänge sind gewöhnlich erweitert und es können bisweilen auch noch mehrere kleine Galaktokelen bestehen. Hierbei reicht die konservative Behandlung — einfache Exzision der Kyste — vollkommen aus. Redner hat niemals ein Galaktokele maligne entarten gesehen. —

Kysten der säugenden Brust infolge chronischer pyogener Infektion mit Bildung eines chronischen Abszesses. Auch hiervon habe ich einen Fall beobachtet. Hierbei bestand eine Anschwellung — ohne irgend ein Zeichen von Entzündung — in dem oberen, äusseren Quadranten, im vierten Monat der Laktation. Vier Monate später untersucht, fand sich ein Tumor von der Grösse eines Pflirsichs, der den ganzen obern äusseren Quadranten der Mamma einnahm; Warze und Haut waren normal, Fieber bestand nicht und die Laktation war ungestört geblieben. Der Tumor, wiewohl elastisch und fest, machte weder den Eindruck einer eingekapselten Masse, noch fluktuierte er. Bei der Explorativinzision durchschnitt das Messer zunächst normale Haut, normales Fettgewebe, dann hypertrophiertes Brustdrüsengewebe, aus dem Milch hervorquoll, hierauf eine konzentrierte Schicht von Mammagewebe, die milchfrei war, und schliesslich eine sonderbare Zone von hämorrhagischem Gewebe, welches granulierendem Gewebe ähnelte. Der Inhalt war eine dünne granulöse, gelbe Materie, pyogener Eiter mit abgestorbenen Organismen und granulierten Leukozyten. —

Krebskysten in der stillenden Brust. Davon kam gleichfalls ein Fall zur Beobachtung. Klinisch unterschied er sich nicht von dem vorhergehenden Fall, bei der Explorativinzision aber erwies sich die Wandung dicker und deutlicher, die Umgrenzungszone war weiss und granulierend, anstatt gerötet, und der Inhalt bestand aus einer dicklichen granulierten Masse von abgestorbenen Epithelzellen.

Diese drei Beobachtungen beweisen, dass während der Stillungsperiode eine maligne Kyste entstehen kann und von der Galaktokele und dem chronischen pyogenen Abszess unterschieden werden muss.

Einfache Kysten. Dieser Ausdruck dient zur Beschreibung einer Kyste mit glatter Innenfläche und einem deutlichen Bindegewebeüberzug von 1—3 mm Dicke. Der Inhalt ist nie hämorrhagisch, sondern entweder ein klares oder ein leicht getrübbes Fluidum. Klinisch kommen solche Kysten vor als einzelne Tumoren bei Frauen zwischen dem 28. und dem 70. Jahre. Klinisch sind sie stets gutartig. Am häufigsten beobachtet man sie zur Zeit der Menopause zwischen dem 40. und dem 50. Lebensjahre; die Brust sieht dabei recht hypertro-

phisch aus. Verfasser hat diesen Zustand als senile paremchymatöse Hypertrophie in die Literatur eingeführt.

Treten die Geschwülste multipel in einer oder beiden Brüsten auf was recht oft vorkommt, so ist eine klinische Diagnose nicht schwierig. Als einzelner Tumor aber sind sie differentialdiagnostisch bisweilen schwer vom Krebs oder festem Karzinom zu unterscheiden. Dagegen ist ihre Erkennung bei der Explorativinzision leicht.

Kysten mit intrakystischen Papillomata. In der Mehrzahl solcher Fälle ergibt die Anamnese Blutungen aus der Brustwarze, und recht häufig kann man bei der Untersuchung Blut aus ihr herauspressen. Diese Angabe oder Beobachtung hat pathognomische Bedeutung.

Bei der Explorativinzision unterscheidet sich der Charakter der Kystenwandung recht wenig von der einfachen Kyste; er kann etwas dicker sein. Aber in der Kyste selbst sieht oder fühlt man die papillomatöse Geschwulst. Das Vorhandensein von Blut in solch einer Kyste ist kein Zeichen von Malignität. Nach seiner klinischen Erfahrung sah Verf. etwa ebenso viele gutartige wie bösartige Kysten mit intrakystischen Papillomen. Wenn der Beweis der Malignität nicht klinisch erbracht ist durch Retraktion der Warze, Adhäsionen der Haut oder Infiltration der Brust rund um den Tumor, so kann man die Malignität, falls solche vorhanden ist, dadurch beweisen, dass man die Basis des Papilloms studiert. Beim gutartigen Tumor ist deutliche Kystenwand dicht am Papillom vorhanden; beim malignen Tumor sind Wand und Brustgewebe beide infiltriert und geben deutlich das Bild des Karzinoms.

Die Krebskyste der nichtstillenden Brust. Die wahre Krebskyste hat eine deutliche Kystenwand, die der Wandung einer einfachen Kyste oder einer solchen mit innewohnendem Papillom ähneln kann. In der Regel aber ist die Wand dicker und bei näherem Augenschein wird der karzinomatöse Charakter deutlich. Im übrigen lässt sich die Diagnose leicht nach dem Kysteninhalt stellen. In der Mehrzahl der Fälle ist dies ergossenes Blut. Soweit des Verf.'s klinische Erfahrung reicht, ist eine Blut enthaltende Kyste ohne intrakystisches Papillom, welches die Blutung erklären würde, stets ein bösartiger Tumor. Fehlt Blut, so ist der Inhalt sehr dick und granuliert, ausgesprochen unterschieden von dem Inhalt einer simplen Kyste oder Galaktokele.

Man sollte nach solchen Tumoren scharf ausschauen, weil sie häufig klinisch das Bild einer gutartigen Geschwulst vortäuschen. Exzidiert man sie nun ohne genaue vorherige Untersuchung, so kann der Operateur nachträglich die Überraschung erleben, dass sich bei eingehender mikroskopischer Untersuchung der Kystenwand herausstellt, dass er einen bösartigen Tumor der Brust konservativ behandelt hat und dass eine sekundäre Radikaloperation möglicherweise zu spät kommt. —

Sarkomkysten. Solide Sarkome der Mamma sind relativ selten und bis vor kurzem hatte ich noch nie eine Kyste beobachtet, die durch die Degeneration eines Mammasarkoms entstanden war. Klinisch lag hierbei der Anschein eines gutartigen Tumors bei einer Frau von über 60 Jahren vor. Der Inhalt war eine ziemlich klare Flüssig-

keit, aber die Wandung unterschied sich völlig von der einer normalen Kyste. Es war weiches, zerreissliches, granulierendes Gewebe, hier und da blutig durchsetzt. Der Tumor erwies sich als ein Angiosarkoma. —

Dermoidkysten. Bisher habe ich 5 gutartige und 1 bösartigen Fall dieser Art gesehen. Die Kysten sassen allesamt so subkutan in der Mamma, dass sie den Anschein eines primären Brusttumors erweckten. Bei den benignen Dermoiden war die Wand dünn, leicht enukleierbar und der Inhalt von typisch dermoider Beschaffenheit. In dem malignen Falle war die Wand dick (3—5 mm), nicht leicht von dem umgebenden Gewebe abzutrennen, und beim Durchschneiden deutlich das Bild eines Karzinoms ergebend. Der Inhalt dagegen unterschied sich in nichts von demjenigen der gutartigen Kysten.



Referate über Frauenheilkunde.

Ein Beitrag zur Frage der Entstehung des Plattenepithelkarzinoms der Schleimhautoberfläche des Uterus auf Grundlage einer sogenannten Psoriasis uteri. Von Walter Schauenstein, Graz. Gyn. Rundschau, 07. II. 14. 15).

Auf Grund eines bemerkenswerten Falles von Uteruskarzinom kommt durch Untersuchung sorgfältiger und vollständiger Schnittserien Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Dass das neugebildete Plattenepithel des besagten Falles auf der Oberfläche der Vagina und der Portio sowie auf dem Endometrium des ganzen Uterus ein Karzinom darstellt, welches primär in der Zervixfläche entstanden ist, und sich von hier aus flächenhaft nach aufwärts in das Korpus uteri und nach abwärts in die Vagina ausgebreitet hat. 2. Dass die Annahme, es entstünden diese Karzinome auf Grundlage einer sogenannten Psoriasis uteri, so weit unsere Kenntnis reicht, unhaltbar ist, da niemals die Existenz einer solchen Erkrankungsförmung zwingend bewiesen wurde. 3. Dass, wie schon in der früheren (auch referierten) Arbeit in der Gyn. Rundschau dargelegt wurde, zwei verschiedene Gruppen von Oberflächenkrebsen der Gebärmutter unterschieden werden müssen, die primären und die von einem primären Zervixkrebs ausgehenden sekundären. Bohm - Chemnitz.

Beitrag zur konservativen Behandlung der Adnexerkrankungen. Von Dr. Oskar Nebesky, Innsbruck. Gyn. Rundsch. 07. II. 13.

Verfasser beschreibt einen vom Instrumentenmacher Mayer in Innsbruck konstruierten Umschlag, dessen Kern ein Drahtgewebe bildet, das durch den elektrischen Strom erwärmt werden kann. Die Er-

wärmung ist leicht und sicher zu regulieren und konstant. Kontraindikation ist Entstehung von Fieber nach der Anwendung.

B o h n - Chemnitz.

Eine neue Methode der Befestigung der Wanderniere mit spezieller Verwendung von Longyear's Ligament.

Von Dr. R i e d. The american journ. of. obstetr. etc. Januar 1907.

Im Jahre 1839 machte Tuffier auf das häufige Zusammentreffen von Verlagerung des Zoekums mit rechtsseitiger Wanderniere aufmerksam. Ohne beides zusammen in irgend einen ursächlichen Zusammenhang zu bringen, mass er die Schuld speziell an dem häufigen Vorkommen der rechtsseitigen Wanderniere der Leber bei. Diese Annahme war auch die allgemein gültige. Longyear wies zuerst auf den anatomischen Zusammenhang zwischen rechter Niere und Zoekum hin und erwähnte als Ursache des Herabsinkens beider Organe ein Ligament. Reid ist der gleichen Ansicht und glaubt, dass „Longyear's Band“ eine wichtige Rolle in der Nierenchirurgie spielen wird. Nachdem er alle bisher bekannten Operationsverfahren zur Nephropexie versucht hatte, ohne jemals zu einem zufriedenstellenden Resultate zu kommen, fand er eine Methode, welche bei 11 einander folgenden Fällen stets guten Erfolg zeitigte. In Seitenlage macht er entsprechend dem Rippenrande einen Schrägschnitt; die Niere wird aus dem peritonealen Fett herausgeschält und vollständig vor die Operationswunde gezogen. Die Adhäsionen, welche wir jetzt als „Longyear's Ligament“ kennen, werden etwa 2 cm von der Niere entfernt durchschnitten; hierbei wird darauf geachtet, dass die eigentliche Nierenkapsel nicht von L's Ligament getrennt wird. Jetzt kann die Niere hochgezogen werden. Nachdem die Niere an der oberen und mittleren Fläche mit Gazetupfern gerieben worden ist, bis kleine Hämorrhagien sich zeigen und das noch übrige peritoneale Fett beseitigt ist, wird die Niere an ihre Stelle zurückgebracht. Der Stumpf von L's Ligament wird mit Knopfnähten an die Aponeurose im oberen Wundrand befestigt. Die peritoneale Faszia wird mit dem Peritonenum durch Naht vereinigt und beide an den unteren Rand der Niere genäht. —

S a m u e l - Posen.

Die grossen Ovarialkysten. Von Dr. P a p a n i c o l. Revista de chirurgie, Nr. 10, 1907.

Riesige Ovarialkysten, mit einem Inhalte von über 30 l, werden heute nur noch selten beobachtet und der Grund dürfte der sein, dass das Publikum sich von den Wohltaten des chirurgischen Eingriffes überzeugt hat und, dass die Kranken viel früher sich einer Operation unterwerfen, als dies früher der Fall war. Kysten, wie die im Jahre 1879 von B a r l o w beschriebene mit einem Inhalte von 112 1/2 l Flüssigkeit, dürften heute kaum noch zur Beobachtung kommen. Trotzdem werden noch grosse Ovarialkysten operiert und zitiert der Verfasser einen eigenen Fall, in welchem, trotz wiederholter Punktionen, bei der Operation 32 l Flüssigkeit aus der Kyste entleert wurde. Diese allein wog 2300 g. In einem anderen Falle, wo ein operativer Eingriff nicht zugestanden wurde, entleerte

man durch Punktion 37 $\frac{1}{2}$ l Flüssigkeit. Die Erfahrung zeigt, dass die grossen Ovarialkysten keineswegs immer zu den schwer operierbaren gehören, dass ziemlich oft Fälle vorkommen, wo der Kysten-sack keinerlei Adhärenzen mit den Nachbarorganen aufweist und infolgedessen seine Entfernung mit grösster Leichtigkeit vorgenommen werden kann.

T o f f - B r a i l a .

Vaginale Ovariectomien in graviditate. Von Dr. Ida D e m o c h , Frauenärztin in Dresden. Sonder-Abdruck aus der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. XXVI, Heft 2.

Die erste Operation dieser Art wurde von Staude vor 12 Jahren gemacht. Verf. führt nun alle bisher in Deutschland publizierten Fälle vor, unter Sonderstellung der sub partu ausgeführten Operationen dieser Art. Es sind im ganzen 21 Fälle (2 nur erwähnt, nicht geschildert), von denen der Fall 19 (Dr. Kaiser-Dresden) bislang noch nicht veröffentlicht war.

Von diesen 21 Fällen vaginaler Ovariectomie wurden 17 zwischen dem 1. und 5. Schwangerschaftsmonat beendet, unter diesen 2 per colpotomiam anteriorem, 15 per colpotomiam posteriozem. Dabei war die Mortalität gleich Null. Bei 3 Fällen trat Abort ein = 17,65 %; doch möchte Verf. hiervon 2 Fälle in Abzug bringen, da in diesen schon Aborte vorausgegangen waren, also Neigung dazu bestand. Es blieben davon nur 5,88 % übrig, resp. 4,76 %, Mortalität der Früchte bei 0 % der Mutter.

Dass die Gefahr eines Abortes mit der Kürze der Gravidität abnehme, darüber seien sich alle Operateure einig. Deshalb müsse auch der Vorschlag Fehlings, bei Erst- und Zweitgebärenden, sowie Frauen mit wenig Kindern abzuwarten, bis die Früchte lebensfähig sind, um dann die Laparotomie auszuführen, schlankweg zurückgewiesen werden; es sei denn, dass sich die Frau dem Arzt zu spät vorstellt. Überhaupt solle der Standpunkt ob lebendes Kind oder Abort niemals ausschlaggebend sein für die Art der Operation in graviditate, sondern die geringere Gefahr für die Frau, die dem Leben bereits angehört, und nicht die Sorge für das Kind, das noch kein Kind ist. Verlange die Mutter eine derartige Rücksicht für die Frucht, so werde sich der Operateur natürlich danach richten müssen, sonst aber sei seine Meinung oder das Interesse für seine diesbezügliche Statistik ebenso gleichgültig wie die Sorge des Staates, recht hohe Geburtszahlen zu verzeichnen auf Kosten der mütterlichen Gesundheit.

Vor der abdominalen Ovariectomie sei die vaginale Methode für Mutter und Kind zu bevorzugen. Durch die Ovariectomie lasse sich eventuell noch ein Abortus imminens verhüten. Und dass man Grund habe, sich für eine Ovariectomie — sei es vaginal oder abdominal — zu entscheiden, bewiesen die Fälle von Ovarialtumoren, die überhaupt nicht operiert wurden. Heiberg stelle 271 durch Ovarialtumoren komplizierte Schwangerschaften zusammen, von denen über $\frac{1}{4}$ der Mütter und $\frac{2}{3}$ der Früchte zugrunde gingen. Nach Litzmann starben von 56 Müttern 24; nach Jetter über 33 % und nach Playfair fast 50 % der Mütter. Verf. will daher nicht viele Worte machen,

sondern ruhig die Statistik reden lassen, die hier laut und deutlich spreche.

Freudenberg - Dresden.

Die vulväre Tuberkulose. Von Dr. G. Daniel und Dr. Amzajianu (Bukarest). Revista de chirurgie. No. 11, 1907.

Die Verfasser beschreiben zwei Fälle von Tuberkulose des äusseren weiblichen Genitales und zwar den einen die Klitoris und die kleinen Labien, den anderen das linke grosse Labium betreffend. Erstere Patientin hatte auch eine proliferierende Tuberkulose des Anus und Rektums. Die histologische Untersuchung ergab hauptsächlich eine starke Vermehrung des Unterhautzellgewebes mit zahlreichen infiltrierten Leukozyten, zahlreiche Riesenzellen und Koch'sche Bazillen.

Die Behandlung der Vulvartuberkulose richtet sich nach dem Umstande, ob es sich um eine sekundäre oder eine primäre Tuberkulose handelt. In ersterem Falle ist nichts zu erreichen, und man muss sich mit palliativen Massregeln begnügen. Im zweiten Falle ist die Ausschneidung der hypertrophischen Teile, eventuell die energische Kauterisierung mit dem Paquelin'schen Thermokauter vorzunehmen.

E. Toff - Braila.

Zur Kasuistik der papillären Zervixtuberkulose. Von Dr. G. W. Malv - Reichenberg i. Böhmen. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. August 1907.

Verf. berichtet genau über den klinischen Verlauf und die spätere histologische Untersuchung eines Falles von Zervixtuberkulose und schliesst daran eine kritische Betrachtung, wobei er zu dem Schluss kommt, dass es sich in seinem Fall um einen deszendierenden Prozess gehandelt hat. Als beweisend führt er an, dass das Peritoneum nur geringgradig erkrankt war, sowie die Anamnese des Falles, aus dem hervorgeht, dass längere Zeit dem schleimig-blutigen Ausfluss eine längere amenorrhöische Zeit vorangegangen war, was auf eine Gesamtbeteiligung des Organismus schliessen und auch eine der Zervixerkrankung vorausgehende Korpuserkrankung vermuten lässt. Als unterstützende negative Momente führt Verf. noch an das Ausgeschlossen sein der Möglichkeit einer direkten Infektion bei dem intakten Mädchen, sei es durch einen äusseren, tuberkulösen Prozess ihrerseits, sei es durch solchen ihrer Umgebung, sowie die Fälle von solitärer Genitaltuberkulose an Kindern wie an Personen mit Atresie der Scheide, bei welchen eine direkte Infektion a priori ausgeschlossen ist.

Weisswange - Dresden.

Sammelreferat

aus dem Gebiet der modernen Pharmakologie.

Studien über die hypnotische Wirkung in der Valeriansäuregruppe. Von Prof. A. van der Eeckhaut - Brüssel. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie 1907, Bd. 57, Heft 5/6.

• Verf. hat die Versuche von Krieger und v. d. Velden, welche in der Marburger Klinik mit Bromural stattfanden, bezüglich dieses Valeri-

ansäurekörpers (Monobromisovalerianylharnstoff, genannt Bromural) im pharmakologischen Institut der Universität Heidelberg nachgeprüft. Das Ergebnis seiner tierexperimentellen Arbeiten stellt er folgendermassen zusammen:

Die Versuche lehren, dass der Monobromisovalerianylharnstoff ein Narkotikum ist, welches bei Fröschen, Kaninchen und Hunden prompt wirkt und in schlafmachenden Dosen keine schädlichen Nebenwirkungen besitzt. Es übt eine elektive Wirkung auf das Grosshirn aus und lässt das Rückenmark und die Medulla oblongata intakt.

Es ist relativ unschädlich, da selbst sehr grosse toxische Dosen, welche schon stark auf die Atmung wirken, nur selten den Tod herbeiführen.

Es scheint keine kumulative Wirkung zu haben und reizt den Magen nicht. Es verdient besonders hervorgehoben zu werden, dass die erste Nebenwirkung des Bromurals das Atemzentrum betrifft. Während die therapeutischen Dosen die Atmung noch kaum beeinflussen, zeigen schon ein wenig höhere Dosen diese Wirkung, welche, wie man beobachtet hat, besonders durch eine Verminderung der eingeatmeten Luftmenge gekennzeichnet ist. Der Blutdruck bleibt dabei noch völlig normal. Dadurch unterscheidet sich dieses halogenhaltige Hypnotikum der Fettreihe von allen übrigen (Chloroform, Chloralhydrat etc.), bei welchen die Beeinflussung des vasomotorischen Zentrums diejenige Nebenwirkung ist, welche in den Vordergrund tritt. —

Über den Wert des Santyls in der Behandlung der Gonorrhöe. Von Dr. K a n i t z - Kolozsvár (Ungarn). Therap. Monatshefte 1907.

K. berichtet über umfangreiche Versuche mit Santyl in der Klinik des Prof. Dr. Marschalkó. Die betreffenden Versuche dienen der Beantwortung der nachstehenden drei Fragen:

1. Wie wirkt das Santyl auf den Magen-Darmkanal?
2. Wie wirkt es auf die Nieren?
3. Hat es eine therapeutische Wirksamkeit auf den gonorrhöischen Prozess, und worin offenbart sich dieselbe?

Bezüglich des ersten Punktes stellte K. fest, dass S. frei von allen Nebenwirkungen ist und den Magen und Darm nicht im Geringsten reizt. Ebensowenig kamen (ad 2) Nierenreizungen vor. Auch der 3. Punkt wird im allgemeinen bejaht, speziell für das akute Stadium, für das chronische dagegen verneint. Wir verfügen, sagt der Verf., im S. über ein Mittel, welches die gonorrhöische Entzündung der Harnwege unstreitig günstig beeinflusst. Es vermindert die Sekretion und sistiert oder hindert die manchmal quälenden subjektiven Symptome. Seine Wirkung ist diesbezüglich verlässlicher als diejenige der älteren Balsampräparate, vor welchen es noch den Vorzug hat, dass es, weil fast geruch- und geschmacklos, sich leicht und auch in Tropfenform nehmen lässt, ohne jemals von Beschwerden seitens des Magens und Darmkanals oder der Nieren begleitet zu sein. Als ein eigentliches Heilmittel gegen den Tripper darf es aber ebensowenig betrachtet werden wie die bisher bekannten

Balsamika, denn die Gonokokken abzutöten, vermag es auch nicht, und deshalb ist es ebensowenig imstande, akute Gonorrhöen ohne Lokalbehandlung zu heilen wie die älteren Santalpräparate.

Nichtsdestoweniger könne das Santyl in der Gonorrhöebehandlung ausgezeichnete Dienste leisten. Als Unterstützungsmittel seien die Balsamika, vor allem S., höchst wertvoll und unentbehrlich. —

Über Gonosan. Von Dr. Piorkowski. Mediz. Klin. No. 44, 1907.

Verf. hat sorgfältige bakteriologische Untersuchungen über die Wirkung des Gonosan angestellt. Dabei ging er gleich Schindler und Siebert so vor, dass er 3 Tage lang, je 9 Kapseln Gonosan nehmen liess und am dritten Tage 1 ccm dieses Gonosanurins mit 1 ccm einer dünnen Gonokokkenaufschwemmung in Asziteswasser versetzte. Hiervon wurden in den verschiedensten Zeiträumen, von einer Minute angefangen und bis zu einer Stunde ausgedehnt, Abimpfungen vorgenommen. Auch die Kontrollen wurden regelmässig von reiner Aszitesaufschwemmung auf Aszitesagar — und menschlichem Blutserumagar ausgeführt, wie natürlich gleichzeitig Kontrolluntersuchungen der Gonokokkenkolonien durch Übertragung auf gewöhnlichen 2%igen Agar und im tinktoriellen Bilde erfolgten. Es waren keine wesentlichen Unterschiede in den verschiedenen Kulturen zu bemerken und also auch keine Abtötung der Gonokokken zu konstatieren. Dann aber hat er diese Versuche ergänzt und Variationen vorgenommen, sowohl in temporärer, wie in quantitativer Beziehung, und da waren allerdings bereits nach $1\frac{1}{2}$ —2 Stunden langer Einwirkung Hemmungen des Gonokokkenwachstums zu bemerken, die progressiv sich steigerten und nach 3 Stunden das Wachstum völlig inhibierten.

Sei hierdurch die bakterizide Kraft des Gonosan experimental erwiesen, so gehe, wie Verfasser meint, die Tatsache, dass dem Gonosan eine gewisse gonokokkentötende Eigenschaft zukomme, auch aus den von verschiedenen Autoren, wie Saalfeld, Iwan Bloch, Marcuse, M. von Zeissl und anderen, angestellten klinischen Beobachtungen hervor, indem es diesen gelang, in einer allerdings genau umgrenzten Anzahl von Fällen die Gonorrhöe mit Gonosan und Diät allein zur Heilung zu bringen.

Weitaus die meisten Autoren aber ständen auf dem richtigen Standpunkte, dass das Gonosan die Lokaltherapie nur wesentlich unterstütze, indem es die Schmerzen lindere, die Sekretion beschränke und die entzündlichen Erscheinungen eindämme. Während die Injektionsmittel hauptsächlich den Erreger der Gonorrhöe abtöten sollen, solle das Gonosan die durch den Gonokokkus bedingten Entzündungserscheinungen bekämpfen. Es ergebe sich daraus die Folgerung, dass die Lokaltherapie in Verbindung mit der gleichzeitigen Darreichung von Gonosan als eine sehr gute Behandlungsmethode der Gonorrhöe anzusehen sei. —

Über Pankreatin bei Karzinom. Von Dr. Rudolf Hoffmann-München. Münch. med. Woch., No. 46, 1907, pag. 227b.

H. veröffentlicht einen mit Pankreatin behandelten Karzinomfall und zieht aus seinen Beobachtungen die nachstehenden Schlüsse:

1. Die Pankreatinbehandlung des inoperablen Karzinoms hatte

die Reinigung der ulzerierenden Fläche, das Aufhören der Blutungen und der Schmerzen, sowie das Kleinerwerden des Tumors zur Folge.

2. Die Wirksamkeit wurde später durch die zunehmende Epidermisierung der Oberfläche herabgesetzt. Sie könnte durch Entfernung der Epidermis mit dem Galvanokauter oder Ätztift leicht wiederhergestellt werden.

3. Die vorhergehende Anwendung eines anämisierenden Mittels (Epinephrin) schien die Wirkung des Pankreatins nicht zu erhöhen.

4. Die histologische Untersuchung zeigte hochgradige ödematöse Durchtränkung und mässige zellige Infiltration des Bindegewebes, Quellung des Kapillarendothels, sowie Lockerung der Epithelzellen, welche tiefgehende Degenerationserscheinungen zeigen. Ob letztere auf direkte Pankreatinwirkung zurückzuführen sind, liess sich nicht konstatieren.

Die Veränderungen ähneln denen beim Erysipel der Haut.

5. Die Wirkung des Erysipels, des Kauters (z. T. auch der Röntgenstrahlen) dürften auf derselben Basis ruhen, wie die der Pankreatinbehandlung.

6. Der Abbau der Knorpels geschieht zunächst nicht durch direkten Kontakt mit den Karzinomzellen, sondern durch eine gefässreiche Bindegewebsschicht, die zwischen ihnen liegt.

7. Vielleicht erweist sich auch die Pyozyanase wegen ihrer hohen proteolytischen und bakteriziden Wirkung zur Behandlung der ulzerierenden, inoperablen Karzinome (in salzarter Form auch zur Injektion in den Tumor) geeignet. —

Das Alttuberkulin Koch als Diagnostikum in der Gynäkologie.

Von Dozent Dr. P a n k o w - Freiburg i. Br. Z. f. Gyn., Heft 42, 1907, pag. 1257.

Birnbaum hat die bis dahin vorhandene Lücke über die Wirksamkeit des Tuberkulin K o c h als gynäkologisches Diagnostikum durch seine Monographie ausgefüllt. Immerhin aber schien es dem Verf. notwendig zu sein, die Birnbaum'schen Untersuchungen nachzuprüfen. Dabei ist er nun zu recht abweichenden Resultaten gelangt, und wiewohl er Tuberkulin als Reagenz nicht völlig verwerfen will, so muss er doch seine Zuverlässigkeit stark in Zweifel ziehen. P. beobachtete Fälle von Adnextuberkulose, die durch die Operation festgestellt wurden, vorher aber keine Tuberkulinreaktion ergeben hatten, und umgekehrt Fälle, in denen starke lokale Reaktion auftrat, ohne dass sich die Eierstöcke später tuberkulös erkrankt gezeigt hätten. In anderen Fällen zwar deckten sich auch Diagnose und Reaktion, doch ist so viel sicher, dass ein vollständig zuverlässiges Prüfungsmittel in dem Alttuberkulin Koch der Gynäkologie uns leider nicht beschieden ist. —

Über Erfahrungen bei der Verwendung synthetischen Suprarenins in der Lokalanästhesie.

Von Dr. H a n s H o f f m a n n - Leipzig. Münchener mediz. Wochenschr. Nr. 40. 1907.

Verf. hat in dem chirurgisch-poliklinischen Institut der Universität Leipzig (Direktor: Prof. P e r t h e s) anfängliche Versuche mit dem obenerwähnten Präparate angestellt und ist zu dem Resultate gelangt, dass er mit dem neuen synthetischen Suprareninpräparat als

Zusatz zu dem Anästhetikum Novokain in einer grösseren Anzahl von Fällen stets eine durchaus gute Schmerzlosigkeit mit guter, ja besserer Anämisierung des Operationsfeldes erzielen konnte, als mit dem früheren Organpräparat. Zögen wir weiter in Betracht, dass wir bei Gebrauch des Präparates, das keine stärkere Giftwirkung besitzt als das frühere, stets von unerwünschten Nebenerscheinungen oder schädigenden Nachwirkungen verschont blieben, und dass das Präparat infolge seiner Herstellungsweise, der gleichbleibenden Konzentration, chemischen Reinheit und Sterilisierbarkeit die weitgehendsten Garantien geben kann, dass wir auch weiter bei Anwendung desselben von schädigenden Nebenwirkungen verschont bleiben werden, so könne man sagen, dass die Einführung des synthetischen Suprareninpräparates einen weiteren Schritt in der Vervollkommenung der Lokalanästhesie bedeutet. Wir können, sagt der Verf., nach unseren in der poliklinischen Praxis gemachten Erfahrungen zur Verwendung des Mittels in der Lokalanästhesie nur raten. Der Gedanke, dass es auch für die Lumbalanästhesie Vorteile bringen könnte, liege nahe. —

Über den Gebrauch von Chlorzinklösungen bei der Behandlung von Endometritis. Von Prof. Dr. Hofmeier-Würzburg. Münch. mediz. Woch., Nr. 48, vom 26. Nov. 1907, pag. 2379.

Verf. hatte neuerdings zum zweitenmal Gelegenheit, über einen Todesfall nach Chlorzinkinjektion im Uterus resp. Scheide sich gutachtlich zu äussern. Beide Male handelte es sich um einen Exitus unter charakteristischen toxischen Erscheinungen und sieht Verf. die Ätiologie derselben in der Giftwirkung, welche die spezifische Verbindung von Zink mit Albuminaten hervorruft. Verf. hält daher die Verwendung von 50%igen Lösungen wegen Endometritis für unstatthaft, für die Nachbehandlung nach der Ausschabung inoperabler Karzinome für mindestens sehr bedenklich. Er selbst empfiehlt neuerlich seine wohl-erprobte 20%ige Alkohol-Karbol-Lösung, die schneller und energischer in die Tiefe dringt und sich rascher und ausgiebiger über die ganze Fläche verbreitet. —

Thiopinol (Matzka), ein neues lösliches Schwefelpräparat, seine Anwendungsformen und Indikationen in der Gynäkologie. Von Dr. A. Horst, Assistenzarzt der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin. (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Olshausen.) Therapie der Gegenwart 1907, Heft 12.

Verf. führt aus, wie es dem Entdecker durch die glückliche Kombination einer gewissen Gruppe von ätherischen Ölen mit Polysulfiden gelungen ist, ein Präparat herzustellen, das vor allem die Schwefelsalze in sehr löslicher Form enthält, dass sich nicht zersetzt, auch nicht bei Berührung mit Wasser und infolgedessen nur sehr geringe Mengen Schwefelwasserstoff freierwerden lässt. Auch besitzt dasselbe den Vorzug, metallene Gegenstände, insbesondere die Bade- wannen, nicht anzugreifen.

Die genaue chemische Zusammensetzung des Präparates ist nach des Verf.'s Angabe noch nicht völlig ergründet. Man könne es für eine wahrscheinlich organische Verbindung von Sulfiden und Polysulfiden mit anätherischen Ölen der Terpengruppe erklären. Der Wert

der Entdeckung des Thiopinols liege einmal in dem hohen Grade der Löslichkeit der Schwefelsalze und in der durch die anätherischen Öle bewirkten Hintanhaltung ihrer Zersetzung und des dadurch bedingten Freiwerdens von grösseren Mengen von H_2S , die selbst bei Berührung mit Wasser nicht eintritt. Eine Flasche Thiopinol (Matzka) zu 125,0 ccm (Gewicht bezogen auf Thiopinol) enthalte:

83,5 g Alkohol,
18,875 g ätherische Nadelholzöle,
14,3375 g Sulfidschwefel,
0,0625 g Sulfatschwefel,
4,375 g Glyzerin.

In dieser Zusammensetzung sei das Thiopinol (Matzka) bezüglich seines Gehaltes an wirksamen Schwefelsalzen gleichwertig der Schwefelquelle von Mehadia und Nenndorf. —

Mit dem genannten Mittel nun stellte der Verf. eine Reihe praktischer Versuche an. Im ganzen wurden annähernd 200 Fälle behandelt.

Die Versuchsreihe wurde eröffnet mit Anwendung des Mittels bei akuten Zervixkatarrhen, und zwar solchen, die ihrem anatomischen Bilde und Aussehen des Sekrets nach von vornherein als nichtgonorrhöisch angesehen werden durften. Zu dieser Gruppe werden gerechnet einerseits diejenigen katarrhalischen Erscheinungen, die auf der Basis konstitutioneller Anomalien, wie Chlorose, Anämie usw., allgemeine schlechte Entwicklung entstehen oder durch mechanische Verhältnisse — chronische Obstipation, habituelle Überfüllung der Blase, leichte angeborene Lageveränderung des Uterus — bedingt werden, andererseits auch die durch ungenügende Rückbildung des Uterus im Wochenbett bedingte Hypersekretion der Zervikalschleimhaut. Als Träger des Medikamentes dienten hierbei die Vaginalkugeln. Ihre Einführung machte nicht die geringste Schwierigkeit. Sie wurde stets nur vom Arzte vorgenommen. Anfangs wurden sie täglich eingeführt, und zwar zuerst die schwachen Kugeln, um nach einigen Tagen, besonders in Fällen profuser Sekretion, auf die starken überzugehen, denen beim Abklingen der Entzündungserscheinungen wieder in grösseren Intervallen die schwachen Kugeln folgen, um jede eventuelle Reizung durch das Mittel hintanzuhalten. Der Verf. war bei Virgines mehrmals gezwungen, von der Einführung der Kugeln aus begreiflichen Gründen Abstand zu nehmen. In diesen Fällen verordnete er Thiopinolsitzbäder mit gleich gutem Erfolg und zwar zum Teil mit gleichzeitiger Verabreichung von Scheidenduschen, die in der Weise ausgeführt wurden, dass durch einen Druckballon 2—3 mal während des Bades kleine Mengen der Thiopinol-Badeflüssigkeit in die Scheide gespritzt wurden. Unter den erforderlichen Kautelen wurden irgend welche subjektive Beschwerden hierbei nicht geäussert.

Vor allem wurden die endometritischen Symptome in günstiger Weise beeinflusst. Die Menstruation wurde regelmässig und schmerzlos, der Uterus verkleinerte sich, war weniger empfindlich gegen Druck, und die mannigfachen Sensationen im Leib und Unterleib verschwanden. Die Patientinnen stellen sich heute noch vor und sind dauernd beschwerdefrei. Nicht so günstig gestaltete sich der Verlauf

bei schweren Veränderungen der Portio (starke Hypertrophie, ausgedehnte Erosionen und Ulzerationen) und der Schleimhaut (Endometritis interstitialis et glandularis) zumal in solchen Fällen, wo tiefe Einrisse der Zervix durch mechanische Insulte nach Geburten vorhanden waren. Hier musste stets zuerst operativ eingegriffen werden mit irgend einer der bekannten Methoden, worauf als Nachkur Sitzbäder mit recht befriedigenden Resultaten verabreicht wurden. Fälle von frischer Perimetritis und Parametritis posterior wurden zuerst mit Bettruhe, Priessnitz- und Thiopinolsitzbäder in der früher angegebenen Weise behandelt. Erst nach Abklingen der frischen Entzündungen, die sich durch geringe Empfindlichkeit des hinteren Douglas und seiner Umgebung dokumentierten, wurde zu den Thiopinolsitzbädern und manueller Massage übergegangen. Selbstverständlich wurde in alten Fällen sofort mit der eben erwähnten Behandlung begonnen.

Thiopinol wirkt entschieden antiparasitär und auf entzündliche Prozesse in bemerkenswerter Weise resorbierend. Im allgemeinen bezeichnet Verf. die Wirksamkeit des neuen Mittels bei akuten Katarrhen als sehr gute, bei chronischen als befriedigende, bei der akuten weiblichen Gonorrhöe als diejenigen eines rasch einwirkenden Spezifikums, bei adhäsiven Entzündungen des Beckenbauchfells und des Beckenbindegewebes als kräftig resorbierend, zumal bei fixierter Retroversio und Retroflexio. Desgleichen nennt er die Heilerfolge in den sehr schweren chronischen Fällen der eitrigen Entzündung der Anhänge sehr bemerkenswert. Dementsprechend klingen die Schlussworte sehr warm und preisen das neue Präparat als einen hoffnungsvollen Schatz der gynäkologischen Therapie. F r e u d e n b e r g - Dresden.



Referate über Geburts- und Säuglingspflege.

Appendicitis in graviditate et in puerperio. Von Dr. F. Stähler-Siegen. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. August 1907.

Nachdem Verf. zuerst einem von ihm beobachteten Fall von Appendizitis während der Schwangerschaft sehr ausführlich geschildert hat, bespricht er die in der Literatur niedergelegten gleichen Fälle und wendet sich dann einer kritischen Erörterung dieser Komplikation zu. Schwere Formen der Appendizitis sind während der Schwangerschaft und des Wochenbettes recht selten; aber auch die leichteren Formen sind verhältnismässig nicht häufig. Die Bedingungen für die Entstehung einer akuten Appendizitis während der Schwangerschaft sind nicht wesentlich andere als für den nicht graviden Zustand. Eine Erhöhung der Rezidivgefahr durch die Schwangerschaft besteht nicht, höchstens könnten durch die Geburtstätigkeit des Uterus alte Herde zum Aufflackern gebracht werden.

Hierauf bespricht Verf. die Symptome, die Diagnosenstellung und die Differentialdiagnose der Appendizitis in graviditate gegenüber anderen Erkrankungen. Was die Therapie betrifft, so hält er eine zeitige Operation bei akuter bzw. rezidivierender Appendizitis in graviditate sowohl im Interesse der Mutter als auch des Kindes liegend. Die von einzelnen Autoren vorgeschlagene Verbindung der Appendizitisoperation mit einer gleichzeitigen Entleerung des Uterus hält Verf. für falsch. Eine ev. Drainage der Abzesshöhle durch das hintere Scheidengewölbe ist nach seiner Ansicht, selbst auf die Gefahr hin, dass es zur Geburt kommt, nicht sehr gefährlich, da man in entsprechenden Fällen eine Infektion der Uterushöhle nicht beobachtet hat.

W e i s s w a n g e - Dresden.

Das akute primäre Hydramnion. Von Dr. M. C o h n - Bukarest. *Reviste de chirurgie*, H. 11, 1907.

Der Verfasser gibt die Krankengeschichte zweier Fälle aus der Bukarester Gebärdklinik, in welchen es sich um ein akutes, primäres Hydramnion von selten grossem Umfange in Verbindung mit Zwillingschwangerschaft gehandelt hatte. In beiden Fällen erfolgte die Geburt vorzeitig im sechsten Monate und zwar in dem einen spontan und in dem anderen künstlich durch Dilatation des Kollums und Perforierung der Membranen, ein Eingriff der als *Indicatio vitalis* ausgeführt werden musste. Die Flüssigkeitsmenge, welche sich aus der Gebärdmutter entleerte, betrug in dem einen Fälle 6 und in dem anderen 12 Liter, während die normale Menge der amniotischen Flüssigkeit etwa 500 g ausmachte.

Das akute primäre Hydramnion ist keine allzu häufige Erscheinung, und zeigen die Statistiken verschiedener Anstalten auch grosse Abweichungen. Eine frühere Statistik der Bukarester Gebärdanstalt zeigt zehn derartige Fälle unter 4762 normalen Geburten, doch darf nicht vergessen werden, dass unter diesen Fällen auch leichtere Grade von Hydramnion verzeichnet sind, während so stark ausgeprägte, wie die oben erwähnten, als grosse Seltenheiten bezeichnet werden müssen.

Das Charakteristische des akuten primären Hydramnions ist, dass dasselbe in einer frühen Epoche der Schwangerschaft auftritt und dann rasch an Umfang zunimmt, so dass in den schweren Fällen entweder die Schwangerschaft von selbst durch Abortus endigt, oder durch Kunsthilfe beendet werden muss. In zahlreichen Fällen findet man Zwillingschwangerschaft.

Die rationellste Behandlung des Zustandes ist, falls Gefahr für das mütterliche Leben besteht, die Eihäute zu perforieren, nachdem man vorher durch mehrfache heisse Duschen das Kollum erweicht und dann digital dilatiert hat.

T o f f - Braila.

Die Messungen des Kindes in utero mit neuen Methoden.

Von Dr. E. M c D o n a l d - Newyork. *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, September 1907.

Nachdem Verf. zuerst auf die Wichtigkeit einer genauen Messung des Kindes spez. seiner Kopfmasse sowohl für den Verlauf der

Geburt, wie auch für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt hingewiesen hat, wendet er sich der Bestimmung der Schwangerschaftsdauer zu. Die Berechnung des Datums, wann die Geburt zu erwarten ist, vom ersten Tage der letzten Menstruation ist eine nützliche aber nicht unfehlbare Methode. Besser ist schon die Messung der Höhe des Fundus. Die Höhe des Uterus (in Zentimetern gemessen) über der Symphyse durch $3\frac{1}{2}$ dividiert, gibt die Dauer der Schwangerschaft in Lunarmonaten. Zur Messung des kindlichen Kopfes sind verschiedene Methoden angegeben worden, so von Müller, Monro, Kerr, Budin, Perret u. a. Verfasser hat die von Stones angegebene Methode etwas modifiziert. Er befestigte an jedem Ende eines einfachen Tasterzirkels zwei Ringe mit Heftpflaster. Jeder Ring wurde aus zwei Streifen Pflaster, 1 cm breit, gemacht, so dass die gummierten Seiten des Heftpflasters gegeneinander zu liegen kamen. Die Ringe wurden so gross gemacht, dass in den einen der Mittelfinger in den anderen der Ringfinger bequem hineinpasste. Die Enden des Tasterzirkels sollen 1 cm unterhalb der palpierenden Finger hervorragen. Die Frau wird auf den Rücken gelegt und die Hände des Untersuchers auf den Unterleib getan wie zur Betastung. Nicht nur eine exakte Diagnose der Lage und Stellung des Fötus ist für den Erfolg dieser Methode nötig, sondern auch eine in bezug auf den Grad der Flexion des Kopfes. Nachdem Okziput und Sinziput gefunden sind, werden die Finger in die Ringe hineingetan und die Enden des Instrumentes werden dann so fest als möglich gegen diese Punkte gedrückt. Es ist nicht nötig für die Dicke der Bauchwand etwas abziehen, eine Tatsache für die Verfasser eine befriedigende Erklärung nicht geben kann. Alle Köpfe im Beckeneingang, und alle diejenigen, welche über den Beckeneingang geschoben werden können, kann man auf diese Weise messen, und zwar den geraden Durchmesser des Kopfes ganz exakt, während der grosse quere aus diesem Masse bestimmt werden muss. Und zwar beträgt der quere Durchmesser 2,34 cm mehr als der gerade, wobei jedoch zu bedenken ist, dass diese Zahl mit der Grösse des geraden Durchmessers proportional zunimmt.

W e i s s w a n g e - Dresden.

Über beckenerweiternde Operation. Von Dr. A. Frey-Mühlhausen. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie September 1907.

Verf. gibt zuerst die Krankengeschichten von 8 einschlägigen Fällen. 3 mal wandte er die Symphysiotomie, 5 mal die Hebstoeotomie an. Von den Müttern starb keine, obgleich zweimal ausge dehnte Scheidenrisse erfolgt waren. Auch in bezug auf Herstellung des normalen Ganges und der Erwerbsfähigkeit waren die Resultate gute. Eine ev. Plastik der Risse in der vorderen Scheidenwand soll nach Ansicht des Verf. frühestens 5—6 Monate nach der Geburt vorgenommen werden. Zu vermeiden sind derartige Risse am besten durch einen ergiebigen Entlastungsschnitt auf den Damm. Nach Ausführung der beckenerweiternden Operation die Geburt spontan zu Ende gehen zu lassen, ist sicher das schonendste Verfahren, wird aber leider nicht sehr oft in Frage kommen können. Am meisten

gefällt dem Verf. die von Reifferscheid angegebene Nadel. Er zieht es vor, das Instrument von unten nach oben einzuführen. Ob die unvollkommen subkutane Hebosteotomie nach Doederlein oder die vollkommen subkutane nach Walcher sich als die bessere erweisen wird, muss die Zukunft lehren. Die offene Hebosteotomie nach Gigli bietet gegenüber der offenen Symphysiotomie keinerlei Vorteile; dagegen scheint die Symphysiotomie nach Zweifel der subkutanen Hebosteotomie nicht gleichwertig zu sein; ihre Vorzüge kann Verf. nicht einsehen.

W e i s s w a n g e - Dresden.

Über die Vorkommen von Deflexionslagenhabitus und Deflexionslagenkopfform bei Beckenendlagen. Von Dr. Mueller. Z. f. Gyn. Nr. 32, pag. 979, 1907.

Mehrfache Beobachtungen haben den Verf. davon überzeugt, dass die Flexionsdurchhaltung durchaus nicht zur Unterendlage als Notwendigkeit gehört. Neuerdings hat er in 3 Fällen während der Schwangerschaft durch innere Untersuchung die Steisslage sicherstellen und nach der Geburt die der Deflexionshaltung entsprechende Kopfform der Kinder beobachten können. Er gibt an der genannten Stelle Zeichnungen davon. 2 davon ähneln der bei Gesichtslage, 1 der bei Stirnlage üblichen Konfiguration. Typisch ist, dass die durch Deflexionshaltung erworbene Kopfkongfiguration viel dauerhafter ist, als die bei einer Gesichtslage resp. Stirnlagegeburt erworbene, was sich durch das längere Innehalten der anormalen Stellung erklärt, wobei es sogar öfters schon zu einer Einwirkung auf das Wachstum der Wirbelsäule kommt.

Als Ursache nimmt Verf. geringe Fruchtwassermenge an. Gelangt das Kind nun, sei es durch äussere Einwirkung, sei es durch eigene Bewegung in eine Deflexionslage, so kann es wegen des wenigen Fruchtwassers und der engen Umschliessung nicht wieder zurück.

Dem Verf. scheint diese Haltung eine durchaus nicht seltene zu sein und fordert er zur Beibringung weiteren Materiales auf. Jedenfalls sei die Annahme, dass bei Steisslage stets Flexionshaltung bestehen müsse, für die Folge unhaltbar. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über Späthämorrhagien. Von Prof. Dr. Queirel. Revue pratique d'obstétrique et de paediatric, August 1907.

Unter den üblen Zufällen, welche während des puerperalen Zustandes vom Beginne der Schwangerschaft bis zum Wochenbette einschliesslich auftreten können, gibt es keine beängstigenderen als die Hämorrhagien.

An der Hand von zwei Fällen bespricht Autor alsdann nicht die Hämorrhagien während der Geburt, sondern diejenigen, welche man als sekundäre oder Späthämorrhagien bezeichnet, weil sie erst einige Stunden oder selbst einige Tage nach der Entbindung auftreten.

Diese Späthämorrhagien verdanken fast immer irgendwelchen placentaren oder membranösen Fetzen, die nach der Ausstossung

der Plazenta im Uterus verblieben sind, ihren Ursprung, wodurch die normale Involution gestört ist; als Beweis hierfür findet man den Fundus uteri 15, 18 bis 20 cm oberhalb der Symphyse. — Diese Gewebsetsen, diese Plazentarfragmente, die mit Blutkoagulis verbunden sind, können früher oder später faulen, brandig werden und zu Blutausflüssen Veranlassung geben. Neben diesen partiellen Retentionen kann es zu infektiösen Prozessen kommen, wobei alsdann der Hämorrhagie eine konstante oder ruckweise Temperatursteigerung vorausgeht. Diese Späthämorrhagieen können 10, 12, 13, ja sogar 18 Tage nach der Entbindung auftreten.

Die Behandlung besteht in der Entleerung des Uterus. Diese Indikation ist einfach und bestimmt, ja nach dem Autor einzig, wenn damit zugleich gesagt sein soll, dass man der Entleerung eine prolongierte sehr heisse intrauterine Injektion von Wasser von 46—48° folgen lässt. Autor betont, dass die Wirkung des Ergotins in solchen Fällen bedeutend übertrieben worden ist, was durch den zweiten Fall bewiesen wird, wo trotz Ergotininjektionen die Blutung nach 4 und 7 Stunden wieder auftrat und erst einer prolongierten sehr heissen Wasserinjektion vollständig wich.

Bei dieser Gelegenheit weist Autor auf die Rolle des heissen Wassers als Hämostatikum hin. Das heisse Wasser bewirkt die Kontraktion der Muskelfasern des Uterus und macht durch diese Kontraktion aus diesen Fasern der mittleren Schicht der Tunika muskularis wahre lebendige Ligaturen; das heisse Wasser ist es, das die Kontraktilität der durch die Infektion erschlafften Gefässe anregt.

Zum Schlusse betont Autor, dass es bei jeder Entbindung, also wohlgeachtet nicht allein bei den schweren oder anstrengenden, bei den künstlichen, sondern auch bei den auch noch so normal verlaufenden Entbindungen, von der allergrössten Wichtigkeit ist, sich aufs genaueste davon zu überzeugen, dass die Entbindung eine vollständige ist und dass man die Entbundene nicht eher verlassen darf, als bis man darüber volle Gewissheit erlangt hat. —

v o n l a H a u s s e - K i r c h w e i d a c h.

Über Dammrise. Von C a n n a d a y. The american journ. of obstetr. etc., Januar 1907.

Komplete Dammrise näht Verf. in der Weise, dass der Darm durch submuköse Katgutnähte geschlossen wird. Das gleiche Nahtmaterial wendet er an für versenkte Nähte. Die zu entfernenden Nähte sind aus Silkworm. Es kommt zur guten Heilung vor allem auf eine richtige Nachbehandlung an. Verf. plädiert dafür, den Patientinnen möglichst knappe Kost zu verabreichen und erst am vierzehnten Tage für Stuhlgang zu sorgen. —

D r . S a m u e l - P o s e n .

Über den Dammriss. Ohne Angabe des Verfassers. The hospit., 21. Sept. 1907, pag. 662.

Es ist unmöglich, mit Sicherheit den Prozentsatz festzustellen, in welchem Dammrise bei der Geburt vorkommen; als sicher aber

muss zugestanden werden, dass die Zahl der Erstgebärenden, welche ohne irgend einen Einriss davon kommen, recht klein ist. Die Neigung zu Dammrissen hängt weit mehr vom Alter der Person ab, als von anderen Faktoren, wie z. B. der Kindeslage und der Art der Wehen. Primiparae über 30 Jahre kommen tatsächlich nie ohne einen Einriss davon, wenn es sich um eine Geburt bei reifem Kinde handelt. Vom klinischen Standpunkt aus stehen zwei Kausalmomente des Dammrisses im Vordergrund: 1. die Extensionsbewegung, mit der der Kopf geboren wird; 2. der überstürzte Charakter einer Geburt, der manchmal zu Tage tritt, wenn das Kind klein ist und die Wehen übermässig stark sind. Das erste Moment ist wohl die häufigste Ursache schwerer Lacerationen, aber das zweite neigt zu besonders ausgedehnten Schädigungen. Es liegt auf der Hand, dass, wenn ein kleines Kind durch sehr kräftige Wehen ausgestossen wird, keine Zeit für die gradweise Erweiterung des Scheideneingangs übrig bleibt. Dann wird, wenn die Wehen hinlänglich stark sind, der Kopf durch das perineale Gewebe durchgestossen und treten erhebliche Dammrisse ein.

Die häufigste Ursache jedoch ist die Extensionsbewegung des Kopfes, wobei ein weit grösserer Umfang des Kopfes an die Stelle eines kleineren tritt, mit Verletzung der mütterlichen Weichteile als Folge, wenn diese bis zu ihrer äussersten Möglichkeit ausgedehnt sind. Die okzipito-bregmatische Zirkumferenz beträgt 11—12 Zoll, während die okzipito-frontale gewöhnlich 14 Zoll ausmacht, die im Augenblick der Geburt bei der Extensionsbewegung durchtritt. Sehr oft tritt das Gleiche ein bei einer unreduzierten Vorderscheitelstellung, da hierbei der okzipito-frontale Umfang das Perineum ausdehnt. Man hat oft behauptet, dass beim Durchtritt der Schultern schwere Dammrisse entständen; in der Tat aber ist dies selten der Fall. Was die Schultern bisweilen verüben, ist meist nur eine Verschlimmerung des vom Kopf schon eingeleiteten Einrisses, aber selbst das ist kein sehr gewöhnliches Vorkommnis. Es ist von Wichtigkeit, zu überlegen, wie sich solche Schädigungen verhüten oder wenigstens beschränken lassen.

Die ideale Methode der Geburt des Kopfes wäre in grösstmöglicher Flexion, so dass der subokzipito-bregmatische Umfang den Scheideneingang passiert; aber dies ist unmöglich, da der Kopf rund um die Symphyse herumgehen muss und der vorangehende Teil genau der Carus'schen Kurvenlinie folgt. Der Grad der Ausdehnung indessen und die Zeit, zu der sie eintritt, lässt sich jedoch in einem gewissen Masse kontrollieren. Der beste Weg, dies auszuführen, ist, mit dem Daumen und zweiten Finger, je rechts und links vom After der Mutter angelegt, auf das Vorderhaupt des Kindes zu drücken. Ein fester Druck in dieser Richtung hindert durchaus nicht die Entfaltung des Perinealgewebes, bewirkt aber, dass der Kopf so lange wie möglich flektiert bleibt und macht die Extension zu einer allmählichen. In derselben Weise kann der Kopf im Scheidengange während der Wehenpausen zurückgehalten und langsam von vorne her mit den Fingern allein herausgepresst werden. Dieses Verfahren gestattet eine langsamere Entwicklung des Kopfes

in einer günstigeren Stellung, als dies bei einer kräftigen Wehe möglich wäre. Die alte Methode, den Damm durch Gegendruck mit der Hohlhand zu „schützen“, ist im Prinzip verkehrt, weil sie die Ausdehnung des Dammes behindert. Die Behauptung, dass die Zangenanlegung bisweilen (nach anderen sogar oft) das Peritoneum schütze, ist im weiteren Sinne durchaus falsch, da die Zangenextraktion rascher erfolgt als der natürliche Vorgang, die Extension nicht kontrolliert werden kann und der Umfang der Löffel den Umfang des Kopfes noch steigert. In einem eingeschränkten Sinne jedoch vermag der Forzeps in etwa komplizierte Lacerationen und brüskes Aufplatzen des Dammes zu verhüten, wie solches vorkommen kann, wenn der Kopf zu lange im Scheideneingange stehen bleibt. Jeder Geburtshelfer kennt solche Fälle, in denen die Wehen schwach und die Weichteile unnachgiebig sind. Ein längeres Stehenbleiben des Kopfes auf dem Damme kann alsdann zu einem Einreissen der hinteren Scheidenwand und anschliessender Durchbohrung des Dammfleisches führen, ohne Verletzung der äusseren Haut. Eine solche Durchbohrung des Perinealkörpers lässt sich freilich durch eine zeitige Zangenextraktion verhüten, dass aber irgend eine gewöhnliche Antero - posterior - laceration vermittels der Zange in solchen Fällen vermieden werden könnte, ist als Regel anzunehmen ganz verkehrt.

Es ist vorauszusetzen, dass man als überflüssig ansehen darf, auf der unmittelbaren Vereinigung bei allen und jedem Scheidenriss zu bestehen, selbst bei geringfügigen; aber es ist eine Tatsache, dass deshalb selbst heutzutage manche der letzteren überhaupt unvernäht bleiben. Man begegnet ganz gewöhnlich der Behauptung, dass in der Praxis gewisser Persönlichkeiten überhaupt keine Dammrisse vorkämen. Wir können nur sagen, dass diese Persönlichkeiten sie oft genug sehen würden, wenn sie danach schauten. Auch ist es ein eingebürgerter Glaube, dass ein eingerissener Damm zusammenheile, wenn die Beine dicht aneinander gebunden würden; dies ist vollkommen irrig. Er granuliert und verheilt mit der Zeit, niemals aber vereinigen sich die Flächen durch *prima intentio*. Deshalb müssen wir darauf bestehen, dass jeder Dammriss zu passender Zeit vernäht wird; das verlangt das Wohlbefinden der Gebärenden. Es ist keineswegs leicht, einen Dammriss korrekt zu vernähen, ohne Anwendung eines Betäubungsmittels und bei blutüberströmten Wundflächen. Indes lassen sich diese Unzuträglichkeiten auf ein Minimum reduzieren, wenn man die Patientin auf den Rücken legt und sie ihre Beine hochhalten lässt. Ein einfaches Mittel, dies zu Wege zu bringen, besteht darin, dass man das eine Bein der Wöchnerin an dem Bettende festbindet und das andere Bein der Hebamme zum Halten gibt. Silkwormgut ist weitaus das beste Material für die tiefen Dammnähte, während die Scheidenrisse mit fortlaufenden Katgutsuturen vernäht werden können. Der Katheterismus ist überflüssig und oft sogar schädlich, wenn die Wöchnerin von selber ihr Wasser lassen kann. Es ist besser, für Stuhlgang zu sorgen und zwar nach Ablauf von 24 Stunden vermittels Rizinus-

öl, als sie drei oder gar vier Tage ohne Entleerung zu lassen, mit dem Resultat alsdann hartgewordener Kotmassen. —

Freudenber g - Dresden.

Über Dammschutz. Von Dozent Dr. Mathes - Graz. Münch. med. Woch.. No. 48 vom 26. November 1907, pag. 2387.

M. empfiehlt, die linke Hand in linker Seitenlage der Frau so zwischen den Beinen der Frau hindurch an das Genitale anzulegen, dass der Daumen dicht am vorderen Rand des Scheideneinganges auf dem Hinterhaupt des Kindes steht, während die übrigen vier Finger flach ausgestreckt auf dem Scheitel liegen. Der Daumen der rechten Hand und der 2. und 3. Finger werden beiderseits an die Stelle des Dammes gelegt, unter der sich jeweilig Stirnhöcker befinden.

Nun wird während der Wehen mit dem linken Daumen allein der Schädel zurückgehalten, was trotz Wehen und Bauchpresse gelingt. So wird das Hinterhaupt unter dem Schambogen hervorge-
drängt und die zweite Hand zu Wischungen etc. verfügbar. Ist jedoch der Schädel nahe am Durchschneiden, so verlässt der Daumen seinen Stützpunkt, die übrigen vier Finger flach mit ihren Spitzen dicht an der hinteren Kommissur liegend, komprimieren den Schädel in dem Umfange, der gerade durchtreten soll, durch Druck gegen den Schambogen und ziehen ihn langsam hinter dem Damm hervor. Die Kompression des Schädels in seinem Durchtrittsumfang wird durch Druck der Finger der rechten Hand, die nun auch dicht an der Kommissur stehen, unterstützt. Gleichzeitig kann mit dieser Hand der Damm gegen die Mitte zusammengeschoben und dadurch vielleicht entspannt werden. —

Freudenber g - Dresden.

Über den Einfluss der Ernährung auf die Milchsekretion.

Von Prof. Dr. Finkler, Geh.-R., Direktor etc. Bonn, Berlin 1907, Martin Hager. Sonderdruck a. d. Centralbl. f. allg. Gesundheitspfl., XXIV. Jahrg. 1908.

Die erste Frage dieser ausgezeichneten Arbeit lautet: Wie können wir Mütter zum Stillen bringen? Die Arbeit zeugt von einem umfangreichen liebevoll eingehenden Studium betr. diese Frage. Er kommt schliesslich zum Resultate, dass die zweckmässige Ernährung der Mutter eine Hauptaufgabe bildet, um ein gutes reichliches Stillen zu ermöglichen. Als ein Hilfsmittel ersten Ranges führt er da das Malztropon (30 gr. p. D.) an, dessen unverkennbare Wirkung er mit den verschiedensten Krankengeschichten belegt. Natürlich setzt er stillschweigend voraus, dass die betreffenden Brüste sonst keinen Fehler aufweisen.

Die Mängel, wie ich sie im Auge habe, berührt er nicht; z. B. gänzliches Unentwickeltsein der Brustdrüse, fehlerhafte Beschaffenheit der Warzen, als: zirkuläre Rinnenbildung, Schrunden (Knopfwarze, als Voraussetzung für Mastitis), ungenügende Entwicklung und flach ausgezogenes Warzenterrain (Flachwarze), tief im Grunde liegendes Warzengewebe mit vorgewölbtem Warzenhofe (Trichterwarze), gespaltenes Warzengewebe (auch Ursache für Schrundenbildung cum sequentibus), schlaffes Warzengewebe (Laufmilch durch

Offenbleiben unelastischer Milchkanalmündung) usw. Alle diese Mängel, welche, allerdings lange (mindestens 20 Wochen) vor der Geburt müssen erkannt werden (wozu die Klinik allein meistens keine Gelegenheit bietet), um nach meiner Erfahrung erfolgreich behandelt werden zu können, sind in der Arbeit unerwähnt geblieben.

Gleichwohl ist sie höchst lesens- und beherzigenswert; es wird sich mancher über das oftmals rätselhafte Schwinden der Sekretion Aufklärung verschaffen können. Je spärlicher die Milch fließt, desto eher erleidet die Patientin Rückenschmerzen, die dann oft als Veranlassung genommen werden, das Stillen aufzugeben; solchenfalls ist gerade das Malztropfen geeignet, die Milch wieder reichlich fließen zu lassen und — die Rückenschmerzen zu beseitigen.

Er schliesst damit:

Die richtige Ernährung der Mutter ist das sicherste Mittel, die Mutter zum Selbststillen zu bringen. Mensinga I. - Flensburg.

(Sie soll aber auch nicht zu neuer Schwangerschaft gezwungen werden, wenn sie noch stillt, denn niemand kann zween Herrn dienen. Ref.)

Geburten bei Gebärmuttermyomen. Von Prof. Dr. Rubeska.
Z. f. G. No. 35, pag. 1058, 1907.

Den von Olshausen aufgestellten Operationsweisen bei Schwangerschaft und Myom

1. der erhaltende Kaiserschnitt allein,
2. derselbe mit Enukleation des Myoms,
3. derselbe mit Amputatio supravaginalis,
4. derselbe mit Totalexstirpation,
5. derselbe mit Tubensterilisation

fügt Verf. noch eine 6. Methode hinzu, nämlich Enukleation des Myoms und Entbindung auf natürlichem Wege mit Erhaltung des Uterus.

Verf. hat diese Operation schon 1905 empfohlen und jetzt an einem Fall, den er eingehend schildert, praktisch mit gutem Erfolge ausgeführt. Auch 3 ähnliche Operationsfälle von Zervikalmyom werden beschrieben, sowie ein Fall, betreffend ein kleinkindskopfgrosses submuköses, breitaufsitzendes Myom, welches der Verfasser unmittelbar nach der Geburt des Kindes und Abgang der Nachgeburt entfernte.

Die 5 Fälle beweisen, dass man bei durch Myom komplizierten Geburten individualisieren muss, und dass man recht konservativ ohne Schaden für Mutter und Kind verfahren kann. —

Freudenberger - Dresden.

Über intrauterinen Eischwund. Von Dr. L. Frankel - Berlin.
Z. f. Gyn., Nr. 28, 13. Juli 1907, pag. 864.

Verf. veröffentlicht einen Fall von Verschwinden einer bei der Laparotomie konstatierten Schwangerschaft ohne Abgang des Eies, ähnlich dem von Polano (Z. f. Geb. u. Gyn., Bd. II, Heft 3) mitgeteilten, sonderbaren Vorkommnis. Dem Verf. aber erscheint die Sache weniger verwunderlich, als seinerzeit Polano, da sie

ihm durch Beobachtung an Kaninchen bereits bekannt ist. Aus den beiden Beobachtungen sowie dem Tierexperiment geht hervor, dass eine Schwangerschaft zu Grunde gehen kann, ohne dass es zur Austossung des Eies nach aussen oder zur Retention im Uterusinnern kommt und zwar auf dem Wege des intrauterinen Eischwundes durch Rückbildung, Auflösung, Resorption. Bisher ist dieser Vorgang nach Wegnahme der Eierstöcke oder Corpora lutea in der Gravidität und zwar bei Kaninchen wiederholt gesehen und durch die Sektion sichergestellt worden; aber auch beim Menschen ist derselbe durch die beiden ganz genau bei der Laparotomie und klinisch beobachteten Fälle nunmehr im höchsten Grade wahrscheinlich gemacht. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Kongenitale Retroversion des Uterus und Schwangerschaft.

Editor's report. The hospital, 29. Juli 1907, pag. 342.

Der ungenannte Herausgeber als Verfasser führt aus, dass man die Patientin, wenn schon einmal ein Abort stattgefunden hat und man die Lageveränderung entdeckt, anweisen solle, erst dann zur Behandlung zu kommen, wenn sie wieder an den Eintritt einer neuen Schwangerschaft denken muss. In so behandelten Fällen sind die Resultate recht gute und die Schwangerschaften gehen bis zum richtigen Ende. Nach der Geburt stellt sich die Retroversion wieder ein, aber sie macht keinerlei Symptome, vorausgesetzt, dass die Rückbildung in normaler Weise vor sich gegangen ist. Es muss aber entschieden daran festgehalten werden, dass die obige Bemerkung nur für die kleine Gruppe von Fällen gilt, in welchen es sich um den Eintritt von Schwangerschaft in einem kongenital retrovertierten liegenden Uterus handelt. Wo die Retroversion eine erworbene ist, da erscheint sie fast stets von Kongestion und Endometritis mit samt den sonstigen Symptomen begleitet. Eine in solchen Uteris beginnende Gravidität gibt gewöhnlich zu den bekannten Blasen-erscheinungen des retrovertierten graviden Uterus Veranlassung, und ein gewisser Teil von derartigen Fällen kommt wieder und wieder zum Abort. In diesem Falle jedoch ist die Endometritis verantwortlich zu machen und nicht die Lageveränderung. Trifft es sich so, dass keine Endometritis besteht, dann ist auch keine so grosse Neigung zur Fehlgeburt da, wie in den kongenitalen Fällen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Rückwärtslagerung der Gebärmutter. Von Dr. Bellingham Smitt. The practitioner, August 1907; bespr. Revue théér.-méd. chir., No. 19, 1. Oktober 1907, pag. 681.

Es ist sehr schwer, bei Retrodeviationen des Uterus exakte Indikationen für die Pessarbehandlung oder einen operativen Eingriff aufzustellen, und die Resultate sind auch in anscheinend gleichartig liegenden Fällen keineswegs immer dieselben. Verf. glaubt, dass man im allgemeinen zu wenig Rücksicht auf die Konstitution einer jeden Patientin nehme und zu ausschliesslich die lokalen Verhältnisse ins Auge fasse. Nach Beibringung einer Anzahl von Beispielen gelangt der Autor zu den nachstehenden Schlussfolgerungen:

Viele Fälle von uteriner Deviation bleiben ohne Symptome und bedürfen keiner Behandlung. Manche dieser Verlagerungen sind kongenitalen Ursprungs und veranlassen Störungen, welche nicht auf die Deviation zurückzuführen sind, wie Dysmenorrhöe und Sterilität. Hier ist eine besondere Behandlung am Platze. Besteht eine Umfangszunahme und Empfindlichkeit der Gebärmutter, so dass es schwierig ist, sie sofort aufzurichten, so ergibt eine gegen die Kon-
 gestion gerichtete Behandlung die besten Resultate. Dieselbe prä-
 paratorische Therapie empfiehlt sich in den Fällen, in denen die
 Eierstöcke prolabierte sind. Bestehen ausgesprochene nervöse Sym-
 ptome, so ist es weise, mit Sorgfalt den Anteil zu studieren, den der
 örtliche Zustand an diesen nervösen Störungen haben kann. Der-
 artige Fälle verlangen bezüglich der Behandlung eine gewisse Er-
 fahrung. Ist der Uterus durch Adhärenzen fixiert, bestehen die
 Symptome trotz der Behandlung fort, dann ist eine Intervention er-
 förderlich, welche die Adhärenzen ablöst und den Uterus nach vorne
 fixiert. Die Ventrofixation und die andern Methoden zur Anheftung
 der Gebärmutter sind nur in einer kleinen Zahl von Retrodeviations-
 fällen indiziert. In Anbetracht des operativen Risikos und der Mög-
 lichkeit einer späteren Schwangerschaft sind Operationen erst statt-
 haft, wenn alle andern Behandlungsweisen versagt haben. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ein Fall von interstitieller Tubenschwangerschaft. Perforation durch die Uterus- und Tubensondierung. Von Dr. R i e c k. Z. f. G., No. 35, pag. 1049, 1907.

Der von dem Verf. dargestellte Fall bietet nach mehreren Seiten hin ein ungewöhnliches Interesse.

Derselbe betrifft eine 28 Jahre alte Frau, III-gravida. Wegen Aborts Kärrettement. 17 Tage später neue Blutung. 5 Tage später ergab die Untersuchung links vom Uterus einen apfelgrossen Tumor. Sondierung, um zu unterscheiden, ob Abort-rest oder Myom. Die Sonde geht 8 cm gerade vor, dann bei Linksdrehung ohne Widerstand plötzlich 17 cm vorwärts. Unmittelbar darauf heftige Blutung und Kollaps. Pat. wird in die Klinik geschafft und laparotomiert. Der ganze Leib ist voll Blut, links vom Uterus sitzt eine grosse Blutmasse, die durchbohrt ist (Hämatokele). Die Heilung gelingt mit grosser Mühe. Das Hämatokelenpräparat wird sorgfältig gehärtet und genau untersucht (interstitielle Gravidität).

Der klinische Verlauf sowohl als auch das Präparat bewiesen in einwandfreier Weise, dass die Sonde bei der gewöhnlichen Uterus-sondierung in und durch die gravis Tube durchgedrungen ist, was als ein wichtiges Moment in der Beurteilung der Uterusperforationen angesehen werden muss. Eine Lumenvergrösserung des freien Teiles des Tubenrohrs lag nicht vor. Auch hat die Sonde keine Verletzung der Organwände herbeigeführt.

Bei der geringen Anzahl von Fällen, in denen T h o r n's kritische Studie als zu Recht bestehend anerkannt ist, verdient der geschilderte besondere Beachtung. Unter der Darstellung pathologischer Umstände, bei welchen nach T h o r n Tubensondierung theoretisch möglich erscheint, befindet sich auch die vorliegende Situation ange-
 führt. Hier wird nun erstmalig ein derartiger Fall in der Praxis beobachtet. Auch darin steht dieser Fall einzig da, dass eine Tuben-
 schwangerschaft direkt durch die Sonde perforiert und dadurch eine

starke, fast tödliche Blutung herbeigeführt wird. Dem behandelnden Arzte ist kein Vorwurf zu machen. An das Vorhandensein der so seltenen interstitiellen Schwangerschaft brauchte er nicht zu denken, beim Sondieren aber musste er nach Lage der Sache perforieren.

Verf. als Schüler M a r t i n s ist überhaupt kein Freund des vielen Sondierens, zumal in der Sprechstunde. Nur in besonders schwierigen Fällen will er es, wo die bimanuelle Untersuchung nicht ausreicht, behufs Spezialdiagnose zulassen. Jedoch gerade in solchen unklaren Fällen kann man, wie der vorliegende Fall beweist, eine tödliche Blutung hervorrufen. Für die Frau war die Sache freilich ein Glück, denn sie kam so zur sofortigen Operation, während sie bei längerer Verschleppung ihrer gefährlichen Situation leicht einer noch verhängnisvolleren Blutung ohne rasche ärztliche Hilfe hätte erliegen können. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ungewöhnliche Entwicklungsdifferenzen von Zwillingen.

Von Dr. H a r t o g. Münch. mediz. Woch., 3. September 1907, pag. 1787.

H. beobachtete in der Breslauer Universitätsklinik die Geburt eines Zwillingspaars, von dem ein Kind 18–20 cm, das andere 3–4 cm lang war. Hier würde man früher wohl an eine Superfoekundatio oder Superfoetatio gedacht haben. Der Umstand aber, dass sich beide Zwillinge in einem völlig unversehrten Ei befanden, beweist, dass beide Eier in einer und derselben Ovulationsperiode und Konzeption entstammen. Selten sind derartige Fälle ja nicht, wohl aber selten Fälle von derartiger Differenz im Entwicklungsstadium. Auch in forensischer Beziehung erwecken dieselben ein lebhaftes Interesse. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über hysterische Schweisse. Von Dr. C u r s c h m a n n. Münch. mediz. Woch., 20. August 1907, pag. 1673.

Verf. erbringt durch Beispiele den Nachweis, dass es bei Hysterischen auf rein psychogenem Wege bei völliger körperlicher und scheinbar auch geistiger Ruhe zu mehrmals täglich und regelmässig wiederkehrenden Schweissen von enormer Fülle kommen kann und dass die Sperrung dieses psychogenen Weges durch die Gegen-suggestion diese Schweisse sofort inhibiert. In dem C'schen Falle erkrankte in gleicher Weise, wohl durch psychische Ansteckung, die Tochter der ersten Patientin.

Anders scheint es dem Verfasser um die Häufigkeit der Schweisse auf der Basis einer Neurasthenie zu stehen, worüber zahlreiche Beobachtungen vorliegen.

Referent hat in seiner Doktordissertation einen auf rein hysterischer Grundlage beruhenden Fall von Pyrexie beschrieben, der in der Bonner Universitätsklinik zur Beobachtung kam: „Gibt es ein essentielles Fieber?“ Doktordissertationen haben aber oft das Schicksal, unter der literarischen Flutwelle spurlos zu verschwinden. So bleibt manche interessante Beobachtung unbeachtet oder wird nur gelegentlich erst wieder ausgegraben.

„Denjenigen aber“, so schliesst der Verf. seine Ausführungen, „der trotz dieser Fälle von rein psychogenen Schweissparoxysmen und Fiebersteigerungen, der Psychogenie derartiger, anscheinend rein automatisch ablaufender körperlicher Funktionen noch skeptisch gegenübersteht, möchte ich auf eine experimentelle Beobachtung Hamburger und v. Reuss hinweisen, die zum ersten Male — auch für die Leukozytose resp. die Blutverteilung — den starken, eindeutigen Einfluss der rein psychischen Einwirkung (Schreck, Angst etc.) sicher festgestellt haben.“

Ref. sieht das wichtigste in der Mitteilung des Verfahrens in dem Moment der Heilung durch Suggestion resp. Gegensuggestion, gegen die unbewusste Autosuggestion, sowohl in bezug auf die Pathogenese als auch die Therapie. In dem Bonner Falle stand uns leider dieses Heilmittel noch nicht zur Verfügung. —

Freudenberg - Dresden.

Ein Fall von intrauteriner Leichenstarre. Von Dr. Ulrich.

Z. f. Gyn., No. 33, pag. 1007, 1907.

Verf. beschreibt ausführlich einen in der Erfurter Hebammenlehranstalt beobachteten einschlägigen Fall, der als Besonderheit eine pränante häutige Einpflanzung der Nabelschnur sowie die Geburt eines Zwillings in Leichenstarre (der andere Zwilling lebt) enthält. Somit erhält der Satz, dass Leichenstarre einer geborenen Frucht kein Beweis für deren extrauterines Leben ist, eine neue Bestätigung, was durch das Überleben des anderen Zwillings noch um so schärfer hervortritt. Mithin dürfte die intrauterine Leichenstarre als echte, natürliche Leichenstarre vorkommen. Freudenberg - Dresden.

Über operative Behandlung intrakranieller Blutergüsse bei Neugeborenen. Von Dozent Dr. Seitz. Z. f. Gyn., No. 30, 1907, pag. 921.

Schon durch frühere Arbeiten hat Verf. unter anderem festgestellt, dass grössere intrakranielle Blutungen ganz bestimmte Hirndrucksymptome machen, die meist nicht nur eine allgemeine Diagnose erlauben, sondern auch gestatten, den Sitz der Blutung zu erkennen (ober- oder unterhalb des Tentoriums, rechte oder linke Grosshirnseite). Die fast stets einseitigen supratentorialen Blutungen führen nach einigen Tagen zum Tode. Daher hat Verf. die Trepanation und die Entleerung des Hämatoms vorgeschlagen. Auch ausgeführt hat er diese Operation. Zwar brachte dieselbe nur eine vorübergehende Erleichterung und endete dann doch mit dem Tod des Kindes, da neben der beseitigten supratentoriellen noch eine infratentorielle bestand. Immerhin aber würde die Operation ohne den letztgenannten ungünstigen Umstand nach aller Wahrscheinlichkeit zum glücklichen Ziel geführt haben. Mindestens hat sie so viel getan, dass die Operation leicht möglich ist und vom Kind gut getragen wird.

Wegen der näheren Umstände (die Arbeit ist auch durch sehr

instruktive Stiche ausgezeichnet) müssen wir leider auf das Original verweisen. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Behandlung der Hämorrhoiden bei Kindern mittels der Massage. Von Dr. Hippins. Journ. de méd. de Paris, No. 36, 8. Sept. 1907, pag. 348. Besprochen Revue de thérap. méd.-chir. No. 22, 15. November 1907, pag. 790.

Die Hämorrhoiden bei Kindern sind oft eine Folge der Konstitution. Der Verf., ein russischer Arzt, bringt zu ihrer Behandlung eine neue Methode in Vorschlag, indem er die Massage des Abdomens mit derjenigen der Varizen des Rektums vereinigt.

Sein Vorgehen ist das nachstehende. Zunächst massiert er den Unterleib und führt sodann den mit Lanolin bestrichenen Finger in den Mastdarm ein, übt auf die hämorrhoidalen Knoten einen sanften Druck in der Form zirkulärer Friktionen aus und nimmt die Effleurage in der Richtung von unten nach oben vor. Alle Tage oder wenigstens jeden zweiten Tag findet eine derartige Massagesitzung statt. Anfangs massiert er nur eine Minute, allmählich aber geht er bis auf drei Minuten.

Schon von der 3. oder 4. Sitzung ab sollen sich nach seiner Angabe dabei die Schmerzen, welche den Stuhllakt begleiten, verlieren und die Phlebektasien abschwellen. Die Konstitution selbst weicht einer 2—3 wöchigen Behandlung.

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Späte Naht frischer Dammrisses. Von Dr. Tschernod. Russki Wratsch, 14. April 1907. Bespr. Revue de thérap. méd.-chir., 15. Sept. 1907, pag. 642.

Um der Neigung entgegenzutreten, die heutzutage die Vernähung des Dammrisses binnen der ersten zwölf Stunden nach der Entbindung bewirkt wissen will, gibt der Verfasser der entgegengesetzten Meinung Ausdruck, welche von vielen russischen Geburtshelfern geteilt wird. Er machte den Versuch, experimentell festzustellen, welcher Zeitpunkt für die Ausführung der Naht der günstigste ist. Aus seinen Studien (70 Perineorrhaphien), geht hervor, dass die unmittelbare Vernähung in 6,3 % der Fälle vollkommen versagt und in 11,7 % der Fälle nur zu einer teilweisen Vernarbung führt. Bei einer späteren Damмнаht, d. h. einer solchen zwischen dem 2. und 7. Tage ist der Prozentsatz der ungünstigen Fälle nur 1 Proz. und der partiellen Reunio nur 1,14 %.

Um sich ein bestimmtes Urteil zu bilden, muss man unterscheiden: Verletzungen, die von vornherein den Charakter einer glatten Schnittwunde bieten. Hier sofortige Vereinigung. Haben sich aber Ekchymosen gebildet, besteht ausgedehnte Quetschung, so wäre es unklug, nicht bis zum 3. Tage zu warten. Vom 2. Tage ab wird man dann erst imstande sein, zu erkennen, welche Gewebeteile gesund sind und eine Naht vertragen. Man muss dabei dem Umstand Rechnung tragen, dass die Lochien das hauptsächlichste Hindernis einer prima reunio bilden. Deshalb wird es nach des Verfassers

Ansicht oft vorteilhaft erscheinen, die Ausführung der Naht bis zum 5. oder selbst 7. Tage zu verschieben. —

Freidenberg - Dresden.

Sammelreferat.

Pharmakologisches aus dem Gebiet der Geburtshilfe etc.

Warzenschutz durch Gaudanin. Von Dr. R i e m a n n, Assistent der Prov.-Heb.-Lehranstalt zu Breslau. Z. f. Gyn., Nr. 48, 1907, pag. 1504.

Über die im Z. f. Gyn., 1906, Nr. 49 mitgeteilten günstigen Erfolge Gaudanin betreffend, welche wir auch zur Besprechung gebracht haben, hat Verf. Nachprüfungen angestellt, welche jedoch keineswegs zu einer Bestätigung derselben geführt haben. Es traten bei dem angeblichen Warzenschutz durch Gaudanin sogar mehr Erkrankungen hervor als ohne denselben. Von 241 Gaudaninwarzen wurden wund 41 Proz., von 153 nicht präparierten Warzen nur 26 Proz. Verf. will aber trotzdem noch nicht von einer direkt schädigenden Wirkung des Gaudanins reden, sondern nur mit Bestimmtheit so viel aussprechen, dass wir mit diesem Mittel zur Zeit keine besseren Resultate als wie mit den bisher üblichen Methoden erzielen können. —

Methylenblau als Topikum für Brustwarzen. Von Dr. D r e s c h (Ax les Thermes). Gaz. méd. de Paris, 15. Okt. 1907, pag. 2.

Verf. verwendet seit mehreren Jahren 3 prozentige Methylenblaulösungen als Topikum für die Brustwarzen, um Rhagadenbildung zu verhüten resp. zu heilen. Seine Erfolge sind ausgezeichnete und um so bessere, als die Methode bequem, sparsam und zu keiner Vorsorge gegenüber dem Säugling nützlich ist. Er verfährt dabei folgendermaßen: Zunächst lässt er den Mund des Kindes und die Brustwarzen mit einer 2 prozentigen Lösung von doppeltkohlensaurem Natrium ausbezw. abwaschen. Alsdann appliziert er auf die Warzen die Methylenblaulösung mittels eines Pinsels. Es ist bekannt, dass Methylenblau sowohl anästhesierend als auch keratinisierend wirkt, welcher letzterer Umstand gegenüber einem durch den Speichel und die Milch einer steten Mazeration ausgesetzten Organe höchst wichtig ist. Das Kind saugt an einer solchen Warze ohne den allermindesten Widerwillen oder Nachteil. Allerdings wird sein Mündchen auch blau verfärbt, aber in den Urin geht nicht so viel Farbstoff über, dass sich dies in der Wäsche bemerkbar machte. Sammelt man jedoch den Urin in einem Glaszylinder, so kann man freilich die Tingierung feststellen. Es hat dies aber keinerlei Bedeutung oder Unzuträglichkeit. Zu einer derartigen Behandlung genügen 8 bis 10 Tage. Erforderlich ist es, die Bepinselung unmittelbar nach dem Stillen vorzunehmen, wenn die Brustwarze noch das Maximum ihrer Erektilität besitzt. —

Eklampsie und Parathyreoidin. Von Dr. K a i s e r - Dresden. Z. f. Gyn., Nr. 41, 1907, pag. 1240.

Verf. veröffentlicht, ohne näher auf die wissenschaftliche Seite

der Frage eingehen zu wollen, einen Eklampsiefall schwerster Art, in welchem durch Parathereoidin (Istituto sieroterapeutico milanese) bei gleichzeitiger Anwendung von Aderlass, Kochsalzinfusion und Heissluftbad und später etwas Chloralhydrat ein so auffallend rascher und günstiger Erfolg erzielt wurde, dass er mindestens einen grossen Teil desselben der stark entgiftenden Wirkung des Parathyreoidins zuschreiben muss. Er wird daher kein Bedenken tragen, sich im nächsten in seine Behandlung kommenden Falle auf die ausschliessliche Anwendung dieses Mittels zu beschränken, um dessen Wirksamkeit ganz rein zu prüfen. —

Ueber die Behandlung der Osteomalakie mit Nebennierenpräparaten. Von Dr. Ernst Puppel, Frauenarzt in Mainz. Z. f. Gyn., Nr. 49, 1907, pag. 1534.

Auch P. hat seit dem bekannten Rat Bossi's mit Nebennierenpräparaten bei Osteomalakie Versuche gemacht und zwar mit dem Merck'schen Parane-phrenin, aber behufs Vermeidung von Nebenwirkungen mit viel schwächeren Dosen. Er veröffentlicht 2 Krankengeschichten, in denen er mit dem genannten Mittel (1 ccm Parane-phrinlösung von 1 : 5000 auf die Injektion) recht günstige Resultate erzielt. Als allgemeine Behandlung der Osteomalakie schlägt er daher vor: In allen schweren Fällen, die nicht mit Schwangerschaft kompliziert sind und schon lange bestehen (am besten bald nach Ablauf einer eventuellen Gravidität) Kastration; bei leichten, beginnenden Fällen ohne Gravidität Phosphorbehandlung; bei Bestehen von Schwangerschaft aber neben Phosphor vorsichtige Versuche mit Nebennierenpräparaten. Kontraindiziert ist Adrenalin bei Erkrankungen der Lunge und des Herzens. —

Ueber die Verwendung der flüssigen Somatose bei Wöchnerinnen. Von H. Schmidt, ehem. Koassistent und Med.-Prakt. der Kgl. Univ.-Frauenklinik in München. Münch. med. Woch., Nr. 42, 1907, pag. 2092.

Verf. hat die neue flüssige Somatose an der Münchener Universitäts-Frauenklinik und Hebammenschule seit ca. 2 Jahren angewendet und in etwa 2000 Fällen probiert und dabei festgestellt, dass dieselbe von Magen und Darm nicht nur gut vertragen wird, sondern direkt appetitanregend wirkt. Dass sie gerne genommen wird, und zwar sowohl in der süssen als auch der herben Form, dass sie bei Darniederliegen des Ernährungs- und Kräftezustandes Hervorragendes leistet. Vereinzelte Hämoglobinprüfungen ergaben ein regelmässiges Ansteigen des Gehaltes. Besonders Treffliches leistete Somatose bei dem unstillbaren Erbrechen. Das Präparat verdient die wärmste Empfehlung für die Wochenbettpraxis. —

Brechmittel bei Kindern. Von Prof. Dr. Sé e. Journ. de méd. de Paris, Nr. 29, 9. Juni 1907, pag. 219. Besprochen Revue de thér. méd.-chir., Nr. 17, 1. Sept. 1907, pag. 608.

Brechmittel sind bei Kindern indiziert gelegentlich bronchopulmonaler Affektionen, zumal am Anfang der Erkrankung. Niemals aber darf man solche anämischen oder schwächlichen Kindern geben.

Vomitive besitzen eine doppelte Wirksamkeit. Sie befördern

die Expektoration und üben nach T r o u s s e a u einen antiphlogistischen Einfluss auf den Organismus aus. Man wendet hauptsächlich Ipecacuanha an. Der Syrupus Ipecacuanhae der Pharmakopoe ist zu wenig wirksam. S i m o n bevorzugt daher die nachstehende Vorschrift:

Pulv. Ipecac. 1,0
Syr. Ipecac. 50,0
M. D. S.

Kaffee- oder Kinderlöffelweise (je nach dem Alter des Kindes) zu geben. Dazwischen warme, nicht-aromatische Getränke. —

Bei kräftigen Kindern oder solchen, die schon an Ipecacuanha gewöhnt sind, wird man unter Überwachung der Wirkung des Medikaments die nachstehende Formel verschreiben:

Emetic. 0,001
Pulv. Ipecac. 1,0
Syr. Ipecac. 50,0
M. S. S.

Kaffeelöffelweise alle 10 Minuten z. g., bis Erbrechen erfolgt.

Schliesslich geben auch Brechmittel mit Cuprum sulfuricum gute Resultate.

Cupr. sulfur. 0,05—0,2
Syr. simpl. 30,0
Aq. destill. 100,0
M. D. S.

Esslöffelweise alle 10 Minuten.

Man variiert die Menge des Kupfersulfates je nach dem Alter des Kindes, indem man daran festhält, dass man 5 Centigramm einem Säugling von einem Jahr und 20 Centigramm einem Kinde von 7 Jahren geben darf. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über das Vorkommen von Plattenepithel im Uterus von Kindern. Von Dr. N a t a n s o n - Wien. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, September 1907.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Resultaten:

1. Die Masse des Uterus bei Kindern von 0—10 Jahren betragen im Durchschnitt: Länge des Uterus 25,71 mm, Dicke 5,63 mm, Breite 13,72 mm.

2. Plattenepithel im Korpus kommt bei Kindern bis zu 2½ Jahren in etwa 10 % der Fälle vor.

3. Dieses Plattenepithel verschwindet in der Regel bei der weiteren Entwicklung des Uterus wieder.

4. Die seltenen Fälle von primärem, vom Oberflächenepithel ausgehenden Plattenepithelkarzinom des Korpus uteri stammen wahrscheinlich von ausnahmsweise persistierenden, angeborenen Plattenepithelinseln ab.

W e i s s w a n g e - Dresden.

Über Meläna spuria. Von Dr. med. K. K a m a n n - Giessen. Gyn. Rundschau 1907, II. 14.

Der wahren Meläna neonatorum liegen Gefässläsionen des

Magendarmkanals zugrunde; die falsche Meläna entsteht durch Ausscheidung blutiger Massen durch Mund und After, bei denen es sich um Entfernung verschluckten Blutes handelt. Es gibt seltene Fälle, in denen das Blut im Verlaufe des Geburtsvorganges sogar noch innerhalb der Geburtswege bei Blutungen aus diesen oder der Plazenta verschluckt wird, bei tiefem Sitz der Plazenta selbst intrauterin. Einen solchen Fall beschreibt Verf. Das Kind war erst dreissig Wochen alt; wegen Blutungen musste die Hystereuryse eingeleitet werden. Das Kind blieb am Leben, entleerte aber in den ersten Tagen reichlich blutrote Massen. B o h n - Chemnitz.

Über Dementia epileptika der Kinder und des Jünglingsalters. Von Dr. R. Voisin. *Revue des maladies de l'enfance*, August 1907.

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Autor zu folgenden Schlüssen:

Die Dementia, das gewöhnliche Endstadium der konvulsiven und vertiginösen Epilepsie mit wiederholt auftretenden Anfällen, kann während der Kindheit, häufiger noch während des Jünglingsalters auftreten.

In der ersten Kindheit begleitet und hindert dieselbe die vollständige Entwicklung der Intelligenz und stellt den erworbenen epileptischen Idiotismus dar.

In der zweiten Kindheit und im Jünglingsalter muss die Dementia epileptika nach ihrer Form und ihrem Verlaufe betrachtet werden.

Nach ihrer Form ist dieselbe von spastischen Erscheinungen begleitet oder nicht. Im ersten Falle stellt sie die paralytische und spastische Dementia von J. Voisin dar. Im letzteren Falle tritt sie unter dem Bilde der frühzeitigen Dementia, welche die letzten Jahre beschrieben wurde, auf, und weist dann vier Varietäten auf: einfache, hebephrenische, paranoide und katatonische Form, jedoch mit häufiger Mischung der Symptome dieser Varietäten.

In ihrem Verlaufe kann sie schnell sein (spastische Form, frühzeitige hebephrenische, katatonische und selbst paranoide Dementia) oder langsam sich entwickeln (einfache, oft auch paranoide Form).

Ausnahmsweise kann die allgemeine Paralyse bei einem jungen Epileptiker Dementia hervorrufen.

Wenn die spastische Dementia deutlich von der Entwicklung der Epilepsie abzuhängen und dieselbe Ätiologie zu haben scheint, so scheint hingegen die frühzeitige epileptische Dementia degenerativer Natur zu sein und die Epilepsie bei deren Auftreten nur eine Gelegenheitsursache, jedoch in vorwiegender Weise zu spielen. —

v o n l a H a u s s e - Kirchweidach.

Über Ödeme beim Neugeborenen und beim Säuglinge. Von Dr. d' Astros, *Revue des maladies de l'enfance*, September 1907.

Bei dem Neugeborenen kommen verschiedene Ödeme vor, die von verschiedener Bedeutung sind.

1. Das einfache Ödem der Neugeborenen. Meist handelt es sich um frühzeitig geborene Kinder, deren Körpergewicht

unter der Norm ist, die an mehr oder weniger ausgesprochener allgemeiner Schwäche leiden.

Dieses einfache Ödem der frühzeitig geborenen Kinder tritt kurz nach der Geburt, in den ersten Tagen nach derselben, selten nach dem vierten Tage auf.

Die erste Lokalisation desselben findet nicht an den unteren Extremitäten, sondern gewöhnlich meist im Hypogastrium, in der regio suprapubica statt, welche letztere in den leichten Fällen allein ödematisiert ist. Aber das Ödem verbreitet sich im allgemeinen auf die Unterextremitäten, auf die Schenkel, besonders auf die hintere Fläche derselben, auf die Beine, besonders die Waden, den Fussrücken, manchmal den Handrücken. Von der regio suprapubica steigt das Ödem manchmal auf das Glied, die grossen Schamlippen bei Mädchen herab, doch sah Autor nie die Hoden davon befallen. Die Generalisation des Ödems ist selten. In den Fällen jedoch, wo die Lungenatelektase sehr ausgedehnt ist, kann sich dasselbe auf die Oberextremitäten und das Gesicht ausbreiten.

Anfangs behält das subkutane Gewebe seine Elastizität, so dass Fingereindrücke nicht stehen bleiben. Nach ganz kurzer Zeit jedoch verliert sich diese Elastizität. Gleichzeitig ändert sich auch die Färbung der Haut. Anfänglich während des Kongestionsstadiums kann man von einem Rosa-Ödem sprechen. Diese Färbung kann durch Komplikation mit Zyanose in blau und durch gleichzeitig bestehenden Ikterus in gelb übergehen. Später jedoch und wenn solche Komplikationen fehlen, wird das Ödem zu derselben Zeit, wo es weich wird, weiss.

Die Dauer dieses Ödems ist verschieden. In leichten Fällen kann dasselbe nach 3 oder 4 Tagen verschwinden. Ist es jedoch sehr ausgedehnt, so bedarf es 10, 14 bis 20 Tage zu seinem Verschwinden durch die klassische Behandlung (Erwärmung, Brutapparat, Ernährung usw.).

Während des Verlaufes dieses Ödems weist der Urin keine Spur von Eiweiss auf.

Autor ist der Ansicht, dass die Ursache für dieses Ödem in der, besonders bei frühgeborenen Kindern, mehr oder weniger starken Atelektase der Lunge zu suchen ist, dass dieselbe die Störungen der peripheren Zirkulation bedingt.

Beim Neugeborenen und Säuglinge können jedoch in den ersten Lebenswochen andere pathologische Ödeme auftreten, deren Kenntnis von Wichtigkeit ist, da dieselben nicht die angeborene Lebensschwäche und die Frühreife zur Ursache haben.

Verdächtig einer vom einfachen Ödem verschiedenen Pathogenese ist jedes Ödem, das später als vier Tage nach der Geburt auftritt und, um so verdächtiger, je später es auftritt.

Verdächtig ist jedes Ödem, das nicht in der Regio suprapubica seinen Anfang genommen hat, um sich von da aus alsdann auf die Unterextremitäten und vornehmlich die Fussrücken auszudehnen.

Verdächtig ist ein Ödem, das von vornherein weiss und weich ist, besonders wenn es eine von dem einfachen Ödem abweichende Lokalisation zeigt.

Verdächtig ist ein jedes Ödem, das sich über drei Wochen oder gar über einen Monat nach der Geburt hinzieht.

2. Manche Ödeme beim Neugeborenen sind bedingt durch eine akute Infektion septischer Natur.

In einer grossen Zahl von Fällen verhält sich die Sache alsdann folgendermassen: Ein schwächliches, frühgeborenes Kind weist einfaches Ödem auf. Es tritt plötzlich eine septische Infektion auf. —

von la Hausse - Kirchweidach.



Rezensionen.

Handbuch der Gynäkologie. Von J. Veit - Halle. Zweite völlig umgearbeitete Auflage. II. Band. Wiesbaden 1907, J. F. Bergmann.

Die gonorrhöischen Erkrankungen der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane in der glänzenden Darstellung von Bum sind aus der ersten Auflage bekannt. Die wegen neueren klinischen Erfahrungen und bakteriologischen Forschungen notwendigen Änderungen gegenüber der ersten Auflage sind weder weitgehende noch zahlreiche. — Die Entzündungen der Gebärmutter und die Atrophia uteri sind wieder von Döderlein bearbeitet. — Darüber, dass die Erkrankungen der weiblichen Harnorgane nicht wieder von Fritsch dargestellt sind, tröstet nur die Wahl Stöckel's hinweg, den man nicht nur als Schüler von Fritsch, sondern auch als erfolgreichen Forscher auf jenem Gebiete freudig als Bearbeiter des letzteren begrüssen muss. Was Stöckel hier bietet, ist erstklassig. Sehr dankenswert ist es, dass vielfach besonders kenntlich gemachte („“) Stellen aus der Fritsch'schen Bearbeitung wörtlich übernommen sind. Von diesen möchten wir vor allem auch nicht entbehren die Auseinandersetzungen allgemeiner Art wie über das Verhältnis klinischer zu ausserklinischer Geburtshilfe, über die Notwendigkeit therapeutischer Eklektik, über die Auswahl unter verschiedenen Operationsmethoden, über vorzeitige Überschätzung neuer Methoden u. a. m. Die Lektüre dieser Stellen ist geradezu ein Genuss. — Im Gegensatz zu der ersten Auflage ist in der vorliegenden der Abschnitt über die Untersuchungsmethoden mit dem Kapitel der Erkrankungen der Harnorgane zu einem Ganzen verschmolzen. Auch in diesem diagnostischen Teile hat Stöckel uns Vorzügliches geboten. —

M. Lange - Posen.

Ursache, Verhütung und Behandlung des Kindbettfiebers.

Von Privatdozent Dr. Karl Baisch. Beihefte zur Medizinischen Klinik, III. Jahrgang, Heft 10, gr. 8°, 34 Seiten, Berlin 1907. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Preis 1 M.

Verf. vertritt den Standpunkt, dass bei physiologischen Geburten die sog. Scheiden-Streptokokken nie eine Infektion hervorrufen können, gibt aber zu, dass bei operativen Entbindungen eine so tiefe Inokulation der Wunden mit Scheiden-Streptokokken stattfinden kann, dass Puerperalfieber entstehen kann, obwohl ein strikter Beweis dafür nicht zu erbringen ist. Im allgemeinen jedenfalls ist die Wirkung der Scheiden-Streptokokken wohl eine geringe; die grösste Bedeutung kommt vielmehr der sog. Ausseninfektion durch die Hände der Geburtshelfer und Hebammen zu. Verf. rät deshalb den praktischen Ärzten, prinzipiell Gummihandschuhe zu tragen, und nach Möglichkeit sparsam mit dem operativen Vorgehen zu sein: wer wenig, gut und schnell operiert, wird am besten das Wochenbettfieber vermeiden.

Therapeutisch bespricht Verf. die Kollargol- und Serumtherapie eingehend, indem er ihre Wirkung für günstig hält, vorausgesetzt, dass die Mittel zur rechten Zeit angewandt werden. Auch die operative Therapie wird eingehend berücksichtigt.

Ratzeburg-Wismar.

Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei inneren und Geisteskrankheiten.

Von Dr. W. Bockelmann. 8°, 27 Seiten, Halle a. d. S., 1907, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Geh. Preis 0,75 Mk.

Die vorliegende Broschüre bildet Heft 6 des VII. Bandes der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, welche durch das neue Heft eine wünschenswerte Bereicherung erfährt. Denn darin müssen wir dem Verfasser Recht geben, dass das Anliegen, eine Schwangerschaft der ersten Monate künstlich zu unterbrechen, in der Praxis des Gynäkologen von Fach heutzutage zum täglichen Brot gehöre. Und dabei handelt es sich meistens nicht einmal um ernste gesellschaftliche oder gesundheitliche Motive, sondern oft um nichtige und frivole. Dass die Abtreibung der Leibesfrucht in den ersten Monaten ein Verbrechen sei, ist eben noch gar nicht gehörig in das allgemeine Volksbewusstsein gedrungen. Verf. will hier nicht näher auf die Frage eingehen, inwieweit diese auffallende Inkongruenz zwischen ethischer Auffassung und geschriebenem Gesetz berechtigt und wie sie zu erklären ist, aber es sei im Grunde ein Unding, ein Verbrechen mit hohen Zuchthausstrafen zu bedrohen, das tagtäglich rings um uns herum und unter uns in unberechenbarer Häufigkeit geübt und, von verschwindenden Ausnahmen abgesehen, niemals entsprechend geahndet werde. Kein Verbrechen erfreue sich in allen Kreisen einer so milden Beurteilung, als das wider das keimende Leben. Auch in gewissen ärztlichen Kreisen herrsche etwas wie Gleichgültigkeit gegenüber der Existenz der ungeborenen Kinder, die in der Stellung ihren Ausdruck finde, welche manche Ärzte in der Frage der Berechtigung des künstlichen Abortes zu Heilzwecken einnehmen.

Manche Ärzte sind, wie Verfasser meint, in der Indikationsstellung für den künstlichen Abort sehr weitherzig, während sie bei der Geburt die Tötung des Kindes im Interesse der Mutter auf das Alleräusserste einschränken. Dies sei ein Widerspruch. Die intrauterine Frucht verdiene in jeder Phase ihres Bestehens Schutz.

Alle Ärzte sind sich darin einig, dass dort, wo das Leben der Mutter durch die Schwangerschaft direkt bedroht ist, eine strikte Indikation zur Vornahme des k. A. vorliegt. Die Mehrzahl der Ärzte aber dürfte hierüber hinausgehen, und auch der Verfasser meint, dass man auch da den k. A. vorzunehmen berechtigt sei, wo zwar keine unmittelbare Gefahr für das Leben der Mutter bestehe, aber doch eine erhebliche und dauernde Schädigung für deren Gesundheit durch Fortbestand der Gravidität zu erwarten sei. Dabei sind jedoch 2 Postulate zu beachten: 1. Muss jeder Arzt, der sich vor die Frage eines K. A. gestellt sieht, sich der schweren Verantwortung, die er ev. auf sich nimmt, stets voll bewusst bleiben. 2. Darf der Arzt niemals allein die Ausführung des k. A. übernehmen, sondern in gemeinsamer Beratung mit einem Kollegen.

Im allgemeinen scheint der innere Mediziner leichter zur Konzession des k. A. geneigt als der Frauenarzt. Vom Standpunkt des letzteren aus denkt der Verf. auch, dass die Gefahren der Schwangerschaft als Komplikation bestehender Krankheiten vielfach zu hoch eingeschätzt werden. Besonders gross sind die Differenzen in der Anschauung bezüglich der Tuberkulose. Nur dann wäre der k. A. allgemein bei Phthisis gerechtfertigt, wenn 1. der verderbliche Einfluss der Schwangerschaft auf den Verlauf der Tuberkulose als regelmässig vorhanden nachgewiesen wäre und wenn 2. der Nachweis geliefert würde, dass die Beseitigung der Schwangerschaft mit einiger Sicherheit heilend oder wenigstens hemmend auf die tuberkulöse Erkrankung einwirkte. Die Nachweise hierfür aber fehlen bislang vollständig. Es gibt sogar Fälle, in denen die Schwangerschaft bei Anämischen, der Tuberkulose Verdächtigen durch Umstimmung der Ernährung und der Gesamtkonstitution direkt günstig einwirkt. Handelt es sich aber um progressive deletäre Erscheinungen, so wäre es töricht, hier vom k. A. noch einen Erfolg erwarten zu wollen. Aus diesen und anderen Gründen kommt Verfasser daher zum Schluss, dass die Lungentuberkulose als solche keine Indikation abgibt. Indes keine Regel ohne Ausnahme, und es gibt Fälle, in denen nicht der Spezialist, sondern der Hausarzt hierüber das letzte Wort sprechen soll.

Ähnlich wie bei der Tuberkulose liegt die Sache beim Diabetes, und auch Leukämie, perniziöse Anämie etc. werden nur selten Anlass zur Vornahme des k. A. geben. Zwar macht sich beim unstillbaren Erbrechen der Schwangeren in ernstesten Fällen eine Interruptio graviditatis nötig, oft aber kommt man dabei mit einem psychischen Eindruck nach Erschöpfung aller mechanischen und medikamentösen Mittel noch zurecht, z. B. mit der Drohung: „Wenn es bis morgen nicht besser wird, müssen Sie in meine Klinik kommen!“ Ähnliches

gilt von der Reflexneurose des Speichelflusses. Von den Magen-darmkrankheiten kommt allenfalls die Perityphlitis noch in Betracht, indes wird hierbei nicht der schwangere Uterus, sondern das erkrankte Darmstück in Angriff genommen.

Bezüglich der Herzkranken werden die nachstehenden Thesen aufgestellt: Der k. A. ist ohne weiteres anzuraten 1. wenn bei Herzkranken schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft ausgesprochene Kompensationsstörungen auftreten, 2. wenn die Anamnese ergibt, dass bei einer vorhergehenden Schwangerschaft gegen deren Ende und im Anschluss an die Geburt schwere und nur langsam ausgeglichene Kompensationsstörungen aufgetreten sind.

Anders liegt die Sache bei Nierenentzündung. Die Schwangerschaftsnephritis ist von einer vorher schon bestehenden schwer zu unterscheiden, die chronische Nephritis aber ist eine sehr ernste Komplikation der Gravidität. Berechtigt erstere Form nur selten zum Abort (öfter zur künstlichen Frühgeburt), so ist dies bei der zweiten viel früher und viel häufiger der Fall. Hier warte man nicht zu lange; darin sind Geburtshelfer und Internisten einig. Auf das Leben des Kindes ist ja so wie so nicht zu rechnen. — Auch die Pyelitis und Pyelonephritis gibt gelegentlich Anlass zum k. A. Desgleichen die seltene Schwangerschaftskachexie, eine noch dunkle Erkrankung ohne nachweisliches Substrat.

Ganz besonderer Vorsicht bedarf die Indikationsstellung bei nervösen und psychischen Erkrankungen. In Betracht kommt hier eigentlich nur die Melancholie, die Chorea gravidarum und die Epilepsie. Drei Sätze verfißt bezüglich der Melancholie etc. der Verfasser: 1. Die Gravidität ist kein zum Ausbruch von Geisteskrankheiten disponierender Zustand. 2. Es gibt keine spezifische Schwangerschaftspsychose. 3. Es ist zweifelhaft, ob beim Eintritt einer inter graviditatem auftretenden Psychose die Kranke mehr gefährdet ist, wenn diese fortbesteht, als wenn sie unterbrochen wird. — Nach allem schränkt Verf. die Indikationen wegen Psychose noch mehr ein als dies schon Jolly getan hat. Ein besonderes Moment freilich wird in diese Frage hineingetragen, wenn sich Nachteile für das zu erwartende Kind in psychischer Hinsicht beweisen liessen. Dann freilich wäre der Abort besser. Doch ist dies noch ein dunkles Kapitel. —

Nur das wichtigste konnten wir obenstehend berühren. Die Broschüre ist höchst anregend geschrieben, aus dem praktischen Leben geschöpft und vielfach aufklärend und belehrend. Des Beifalls weiter ärztlicher Kreise kann sie gewiss sein. —

Freudenberg - Dresden.

Rachitis als eine auf Alkoholisation und Produktionserschöpfung beruhende Entwicklungsanomalie der Binde-substanzen. Von Dr. M. Fiebig in Jena. Gr. 8°. 34 Seiten.. Langensalza 1907, Hermann Beyer & Söhne (Beyer & Mann) Geh. Preis 0,75 Mk.

Die vorstehend erwähnte Broschüre bildet das XXVIII. Heft der Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung und bespricht

Verf. darin zunächst die Bedeutung der Rachitis für die Mortalität. Totgeburten werden zum Teil durch rachitischen Wasserkopf verursacht; bei den im ersten Lebensjahr sterbenden Kindern ist in 25 Prozent, bei den später sterbenden (an Darm- und Bronchialkatarrhen, an Lungenentzündungen, Keuchhusten, Masern, Scharlach, Diphtheritis, Tuberkulose etc.) ist die Rachitis oft direkt oder indirekt als Todesursache oder zu den genannten Krankheiten disponierendes Moment beteiligt. Schwachsinn oder Blödsinn sind in reichlich 40 Prozent Folgen der Rachitis resp. rachit. Hydrozephalus; eine weitere Folge, Starrkrampf, Stimmritzenkrampf und Eklampsie rafften viele Kinder hinweg. Zwergwuchs, Verkrümmungen der Wirbelsäule, die Geburt erschwerende Beckenanomalie, rachitische Xbeine und Plattfüsse sind gleichfalls unerwünschte Konsequenzen. Verf. ist nun der Meinung, die Rachitis sei eine germinativ-bedingte Entwicklungsanomalie der Binde-substanzen, vorwiegend des Knochensystems, welche ihre Entstehung in erster Linie der Alkoholisation der Aszendenten zu danken habe und in stärkerem Grade zum Vorschein komme bei Erschöpfung der Produktionskraft der Eltern, namentlich der Mutter, und bei Rassenmischungen. Er sucht historisch nachzuweisen, wie sich die Rachitis gerade mit gesteigertem Wohlstand und zunehmendem Wohlleben entwickelt hat und wie dieselbe überhaupt nur bei alkoholisierten Völkern auftritt. Auch experimentell sei der Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Degeneration der Binde-substanzen bei der Nachkommenschaft an Mensch und Tier erwiesen. Um seine Ansicht zu begründen, führt Verf. eine reiche Literatur vor. Besonders eingehend behandelt er die umstrittenen Fragen der fötalen Rachitis und der R. tarda. Am meisten trete, so führt er ferner aus, die R. dann hervor, wenn die Mutter rachitisch ist oder auch dann, wenn bei nicht rachitischer Konstitution der Mutter, aber rachitischer Konstitution des Vaters der Organismus der Mutter zur Produktion vollwertiger Eier und Früchte zu schwach ist, weil an seine Produktionskraft zu hohe Anforderungen gestellt werden. Hierfür führt er sprechende Beispiele aus seiner Praxis an.

Alsdann behandelt Verf. die makroskopischen und mikroskopischen Veränderungen speziell des Knochengewebes durch den Alkohol unter Bezugnahme auf die Resultate neuester Forschungen. Er unterscheidet dabei zwischen primären und sekundären Folgeerscheinungen. Zu den letzteren rechnet er den rach. Hydrozephalus und die Kraniotabes. Die ersteren betreffen ausschliesslich die Binde-substanzen, das Knochen-, Stütz- und Bindegewebe.

Als rationelle Prophylaxe der R. als Volkskrankheit empfiehlt der Verf. daher:

1. Alkoholenthaltsamkeit zum Schutze des Körpers vor Degeneration des Nerven-, Gefäss- und Bindegewebes und damit zum Schutze der Keimzellen;
2. Verbot der Alkoholeinfuhr und -Produktion bei rachitis-freien Völkern, besonders hinsichtlich der deutschen Kolonien;
3. Verhütung der Konzeption bei physisch-erschöpften Frauen,

wenn beim Vater, der Mutter oder den Grosseltern in der Jugend Rachitis bestanden hat.

Auf das sehr eingehend die obigen Fragen behandelnde Werkchen sei hiermit empfehlend hingewiesen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Leitfaden der ärztlichen Untersuchung mittels Inspektion, Palpation, der Schall- und Tastperkussion, sowie der Auskultation. Von Dr. Wilh. Ebstein, Professor in Göttingen. 8°. 323 S. Mit 22 Abbildungen. Stuttgart 1907. Verlag von Ferdinand Enke. Geheftet 7 M.

Eb. behandelt das Gebiet der physikalischen Untersuchung in einer geradezu erschöpfenden Weise, bei der auch das kleinste Beachtung verdienende Detail zur Geltung kommt, und auch selbst dem Erfahrensten in dem einen oder anderen Punkte noch etwas Neues gesagt wird. Für den Studenten oder angehenden Arzt aber wüssten wir in der Tat kein Lehrbuch zu nennen, welches an praktischer Brauchbarkeit das vorliegende überträfe oder auch nur erreichte.

Die ersten 138 Seiten sind der Inspektion und Palpation des Gesichts und des gesamten Kopfes, des Halses und des Nackens, des Rumpfes und Extremitäten, sowie der Messung und Wägung des menschlichen Körpers gewidmet.

Der 2. Abschnitt zerfällt in die gewöhnliche Perkussion oder Schallperkussion des Thorax und in die perkutierende Palpation, deren spezieller Teil die Untersuchung der Lungen, des Herzens, der grossen Gefässe und der Bauchorgane etc. umfasst. Aus dieser Abteilung interessiert uns besonders die Perkussion der Gebärmutter, bei der dem schon im Kapitel über die Perkussion besonders hervorgehobenen Umstand besonders Rechnung getragen wird, dass die Harnblase bei jeder Untersuchung möglichst leer sein soll. Eine kombinierte Tast- und Perkussionsuntersuchung wird leicht die Differentialdiagnose zwischen gefüllter Blase und Uterus ergeben.

Das III. Kapitel gehört der Auskultation. Auch hier macht wie bei den übrigen Abteilungen eine Besprechung des Instrumentariums und der Technik den Anfang. Der spezielle Teil handelt von der Auskultation des Kehlkopfs, der Luftröhre, der Lungen und der Pleura, wobei die verschiedenen Arten der zu beobachtenden Geräusche trefflich charakterisiert werden, sowie von der Auskultation der Zirkulationsorgane, der Verdauungsorgane, der Leber, Milz, des Peritoneums, des Schädels, der Wirbelsäule und des schwangeren Uterus.

Wir möchten auf das geradezu hervorragende Werk des berühmten Praktikers und vortrefflichen Darstellers die Aufmerksamkeit aller Fachgenossen lenken. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.



Referate aus ärztlichen Gesellschaften.

Sitzungsberichte der britischen gynäkologischen Gesellschaft. (The british gynaecological journal, being the journal of the british gynaecological society. Part LXXXIX. Supplement to volume XXII.)

Sitzung vom 14. Februar 1907: **S p a n t o n** hält einen Nachruf auf den bei dem Erdbeben in Jamaika verunglückten Dr. Thomas Savage. Demonstrationen: **A a r o n**, vier Fälle von Dysmenorrhoea membranacea, **D a u b e r**, Fibrom des Ovarium, das im Becken fixiert, eine vollständige Elevation des Uterus bewirkt hatte, ferner Fibrome des Uterus. **S p a n t o n** hält einen Vortrag über die heutige Gynäkologie und die vor 50 Jahren, wobei er vor allem die Fortschritte in der operativen Gynäkologie betont.

Sitzung vom 14. März 1907. Demonstrationen: **S p a n t o n**, Sarkom des Parovarium, ferner Uterusmyom mit sarkomatösen Auswüchsen, **M o u l l i n**, Schwangerschaft mit Myomen kompliziert, **M a c n a u g h t o n - J o n e s**, Karzinom der Vagina, **J e s s e t**, Karzinom des Ovarium auf die Flexura sigmoidea übergreifend, **B i s h o p**, Wanderniere, mit Besprechung der operativen Behandlung (vordere Nephropexie).

Sitzung vom 11. April 1907. Demonstrationen: **J e s s e t**, Extrauterine Gravidität im 6. Monat, ferner rupturierte Ovarienkyste maligner Natur mit Peritonitis und Metastasen in Uterus und Vagina; **S p a n t o n** empfiehlt in einem Vortrag zur Heilung von Prolapsen die abdominale Kolpopexie.

Sitzung vom 9. Mai 1907: **G i l e s** hält einen Vortrag über die chirurgische Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen.

Sitzung vom 13. Juni 1907: **S p a n t o n** hält einen Nachruf auf Robert Barnes. **R o b s o n** hält einen Vortrag über die moderne Behandlung der allgemeinen Peritonitis; er empfiehlt vor allem baldige Operation in allen Fällen, in denen die Peritonitis bedingt ist durch den Austritt von Eiter, z. B. bei Ruptur einer Pyosalpinx oder bei Appendizitis.

Sitzung vom 11. Juli 1907. Demonstrationen: **S p a n t o n**, Fibrom der Vagina, ferner glanduläres Kystadenom des Ovarium mit Verwachsungen des Processus vermiformis, **M a c n a u g h t o n - J o n e s**, Uterusmyom, **S w a n t o n**, Kyste der Klitoris. **S p a n t o n** hält einen Vortrag über die Fortschritte der Gynäkologie in den letzten 20 Jahren. — **B u r c k h a r d** - Würzburg.



Praktische Mitteilungen und Notizen.

Allgemeine Untersuchungsregeln.

Die erste Regel ist, den gesamten kranken Menschen zu untersuchen, die zweite, den vollständigen kranken Teil, die dritte, die entgegengesetzten Seiten des Körpers zu vergleichen, und die vierte die kranke Stelle zuletzt zu untersuchen. —

(Nach The Hospital, 23. Nov. 1907, pag. 218.)

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Chorea gravidarum.

Bei der Behandlung der Chorea Schwangerer ist die Regel die, der Patientin Schlaf zu verschaffen und dafür zu sorgen, dass sie eine appetitreizende Nahrung erhält. Handelt es sich nur um eine milde Form, so kann allmählich spontane Heilung eintreten. Wahrscheinlich ist für leichtere Fälle, bei denen es nur eines leichten Sedativums bedarf, Brom am meisten am Platz oder da, wo gleichzeitig für Schlaf gesorgt werden muss, Brom in Verbindung mit Chloralhydrat. In schweren Fällen aber, wo die genannten Mittel ihre Wirkung versagen, muss man zuerst die digitale Zervixdilatation versuchen und, wenn auch diese fruchtlos bleibt, in letzter Instanz den Uterus entleeren. —

(Nach The Hospital, 23. Nov. 1907, pag. 128.)

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über **Yohimbin in seiner Einwirkung auf den weiblichen Genitalapparat** hat Dr. D a e l s Tierexperimente angestellt, wober er in der Berl. klin. Woch. (21. Okt. 1907) berichtet.

Bei Hündinnen ruft Yohimbin einen solchen Blutandrang nach den Genitalien hervor, dass man in dieser Weise künstlich das Auftreten eines menstruellen Ausflusses unter Aufregungserscheinungen herbeiführen kann. Bei sehr jungen Hündinnen, deren sexuelle Aktivität noch nicht voll erwacht ist, erzielt man eine akzessorische Wirkung, welche in einer heftigen Kongestion der Gedärme besteht.

Der Verf. gelangt zu dem Schlusse, dass Yohimbin für die Behandlung der Amenorrhöe oder der Störungen der Klimax nicht passe. Auch sei seine Anwendung nicht ungefährlich, und müsse dasselbe für die Fälle reserviert bleiben, in welchen man eine schon im Gange befindliche, aber zu schwache Blutung zu verstärken suche.

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über **Dr. Hey's Lactor** wird uns geschrieben:

„In den letzten Jahren hat die Ärzteschaft und überhaupt die ganze zivilisierte Welt ihr besonderes Augenmerk auf die grosse Kindersterblichkeit gerichtet: die Regierungen blieben nicht untätig

und veranlassten genaue Untersuchungen über die Gründe dieser bedauernswerten Erscheinung. Die Statistik ergab, dass die Sterblichkeitsziffer der Kinder, die mit Muttermilch ernährt wurden, 10 bis 20 mal niedriger ist, als bei Kindern, die mit tierischer Milch und Surrogaten aufgezogen werden.

Infolge naturwidriger Lebensweise, unzweckmässiger Ernährung und Kleidung und verschiedener gesellschaftlicher Missverhältnisse haben die Mütter von heute die Fähigkeit, zum Teil auch die Lust, selbst zu stillen, verloren. Es liegt eine allgemeine Degeneration in dieser Richtung vor. Die erste Aufgabe ist also, die Mutter wieder in die Lage zu setzen und anzuhalten, die Stillung selbst vorzunehmen.

Dr. med. Hey hat nun in Westafrika eine Pflanze entdeckt, deren Säfte sich als geeignet erwiesen, die Zuführung der Milch in die Brüste in Fällen, wo sie gänzlich fehlte, zu ermöglichen, und da, wo sie mangelhaft war, zu erhöhen. Die Voraussetzung einer günstigen Wirkung dieses Saftes ist natürlich eine zweckentsprechende Ernährung, durch welche die Bildung der Milch herbeigeführt wird.

Versuche an Wöchnerinnen ergaben glänzende Resultate. Dr. Hey nennt den aus der übrigens seltenen Pflanze gewonnenen Saft „Lacto-Generator“, d. i. „Milcherzeuger“.

Bei einer V-para, die nach den vier vorangegangenen Geburten das Kind nie stillen konnte, stellte sich nach kurzer Behandlung so viel Milch ein, dass das Kind bis zur Entwöhnungszeit reichlich ernährt werden konnte.

Der „Lacto-Generator“ beeinflusst auch das Wachstum der Brustdrüsen und der Brüste selbst in hervorragender Weise: er kommt also auch als Kosmetikum in hohem Grade in Betracht.

Rom, 15. Juli 1907.

Dott. Cav. Leo Grillo,
medico chirurgo-ostetr.

Zu ihrer Abteilung „Über den gegenwärtigen Stand der Wissenschaften“ sagt die Zeitschrift für neuere physikalische Medizin, Heft 1, I. Jahrgang, 15. Oktober 1907, über **Frauenheilkunde**:

Die intrauterine Saugbehandlung bei entzündlichen und eifrigen Prozessen innerhalb der Gebärmutter Schleimhaut ist vielseitig empfohlen worden. Turán bedient sich hierzu der praktischen Saugkanüle mit kontrollierender Druckmessung. Er appliziert die Kanüle je eine Stunde bei 20—30 mm Quecksilberdruck. —

Vor den zuweilen nachweisbaren schweren Folgen, die bei nicht individualisierter gynäkologischer Massage auftreten, warnt Otto v. Herff. Angezeigt ist sie nach seiner Meinung im wesentlichen nur bei Narben, Schwielen und Schwarten des Beckenzellengewebes, bedenklicher aber bei denjenigen des Becken-Bauchfelles, sofern Entzündung oder Eiterung auch nur für möglich gehalten werden können; gefahrvoll aber bei Salpingitis und Oophoritis. Gegen-Anzeigen bilden ferner die chronischen Metritiden und Endometritis, ferner Neubildungen, Venenentzündungen, Schwangerschaft, Men-

strationen und sogar Neurosen. Die Sitzung soll nur 1—2 Minuten dauern und 1—2 täglich wiederholt werden. So empfehlenswert auch die äusserste Vorsicht bei gynäkologischer Massage ist, so werden sich nach unserer Erfahrung doch sehr bald Stimmen erheben, welche eine allzu ängstliche Abmessung der vibratorischen Hand- oder Maschinen-Massage nicht in jedem der genannten Fälle für notwendig erklären werden. — F.

Glottisödem bei Kindern.

Alum.
Tannini aa 5,0
Extr. Ratanh. 10,0
Aq. dest. 500,0
M. D. S.

5—6 mal im Laufe des Tages mit dem Pulverisator einzustäuben.
(Comby.) (Gazette méd. de Paris, 15. August 1907).

Freudenberg - Dresden.

Feuilleton.

Eingesandt.

Von unserem sehr geehrten Mitarbeiter, Herrn Dr. Camill Lederer, Wien und Vinica (Kroatien), ging uns ein Eingesandt zu, aus dem wir entnehmen, dass er mit dem in der November- und Dezember-Nummer v. J. unserer Zeitschrift veröffentlichten Feuilleton des Herrn Dr. Hopf nicht ganz einverstanden ist. Dr. L. glaubt bei den H.' Ausführungen über „Gelegenheit zum Händewaschen“ die Realitäten des praktischen Lebens nicht genügend berücksichtigt, und er scheint prinzipiell der modernen Form der prophylaktischen Bestrebungen der neuzeitigen Hygiene wenig wohlwollend gegenüber zu stehen, ein Standpunkt, den indes wenige von uns mit ihm teilen dürften. Speziell zitiert Dr. L. einen Passus aus dem Peschkau'schen Aufsatz: „Die Gesundheitsangst“, den wir nachstehend, ut audiatur et altera pars, im Wortlaute auf Dr. Lederer's Wunsch zum Abdruck bringen wollen:

„Wie anders, wenn ich heute um mich blicke: da ist alles unendlich viel besser, bequem, vernünftig geworden. Ich sehe im engeren Kreise auch nicht die Not und Arbeitsübermüdung, wie ich sie damals sah, und doch ist mir, als ob ich in einem Lazarett leben würde. Alles braucht Kuren, Erholung, Bäder, besondere Nahrung, und die paar ganz Gesunden, denen gar nichts fehlt, leiden doch unter dem Gedanken, dass sie morgen vielleicht krank, nervös, erschöpft sein könnten — sie „beugen“ vor. Wie sonderbar! Ist es denn möglich, dass das Menschengeschlecht in so kurzer Zeit

derart herabkommen konnte? Während gleichzeitig die Wissenschaft so viel tat, um die Gesundheit zu fördern, während Staat und Gemeinde eine ganz neue Lebensweise veranlassten und Ärzte, Lehrer und Schriftsteller die Kenntnisse des Organismus und seiner Bedürfnisse verbreiteten! — So sind viele der geistigen Epidemien entstanden, von denen die Geschichte vergangener Zeiten berichtet, und auch der gegenwärtige „Schwächezustand“ der Gesellschaft entstand so; es ist in der Hauptsache auch nichts anders, als eine geistige Epidemie.

Wir leben nicht mehr in einer Atmosphäre der Gesundheit, sondern in einer Atmosphäre der Gesundheitsangst.

Wir reiben unseren Körper auf in einer beständigen Sorge um sein Wohl, und wir werden öfter nur krank aus Furcht vor Krankheit. —

Und gar mancher kämpfte den Kampf ums Dasein leichter, ginge froher durchs Leben, wenn er nicht eine übertrieben hohe Meinung von dem Nährwert des teuren Fleisches und anderer Stärkungsmittel für sich und seine Lieben hätte. Ich kenne Leute in der bescheidensten Lage, deren Kinder mit sogenanntem Tokayer und rohem Beefsteak aufgepäppelt werden. Die Wissenschaft hat uns gezeigt, was unser Körper in Wahrheit bedarf und was wir unserem Körper zumuten dürfen. Aber das alles ist so lange und kräftig gepredigt worden, bis endlich die Gespensterangst sich geltend machte, und nun erschreckt uns jeder Windstoss und die Sorge um die Fütterung und Erholung ist unser beständiger Begleiter.“

Literatur.

Ackermann, H. D. M., e. selt. Fall v. Tubenschwangerschaft. Diss. Halle 1907.

Decker, Gerh., ü. e. Fall v. Hydramnion bei eineiigen Zwillingen. Diss. Berlin 1907.

Frey, Rud., z. Diagnose und Symptomatik d. Extraplacentargravidität an der Hand von 30 Fällen. Diss. Heidelberg 1907.

Gehring, Fritz, Beiträge zur Komplikation von Myom und Schwangerschaft. Diss. Freiburg 1907.

Hennig, Arno, e. Fall von Geburtshindernis infolge von beiderseitiger kongenitaler Kystenniere. Diss. Halle 1907.

Jaliet, H., a short practice of gynaecology. London 1908, Churchill. 12 sh. 6 d.

Kaufmann, Eug., die klinische Bedeutung der Sturzgeburt. Diss. Freiburg 1907.

Kelly, H. A. MD., and M. B. C. Percy Noble, gynecology and abdominal surgery: il. by Herman Becker, Max Brödel and others. vol. 2. Philadelphia 1907, Saunders. hf. mor. 9 doll. 50 c.

Ladner, C., zur Kasuistik der Wendung. Diss. Bonn 1907.

Maudelstamm, zur Behandlung der Frühstadien der Extraplacentargravidität. (Sammlg. klin. Vorträge. N. F. No. 469.) Leipzig 1907, J. A. Barth. 0.75

Müller, Dr. Arth., ü. Beziehungen zwischen Darmleiden und Frauenleiden. S. S. Leipzig 1907, Benno Konegen Verlag. 1.00.

Schlippe, Ludwig, die Kastration bei Myom des Uterus. Diss. Freiburg 1907.

Schneider, Karl, ein Fall von Pyometra senilis. Diss. Heidelberg 1907.

Snaschtsch, S., die Behandlung der Nachgeburtsblutungen im Frauenspital Basel-Stadt. Diss. Basel 1907.

Sprauer, Ludwig, über die Häufigkeit der Aborte nach anatomischen Angaben aus den klinischen Journalen (1902—1907) der Freiburger Universitäts-Klinik. Diss. Freiburg 1907.

Verlag von Benno Konegen. Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hofflieferant, Langensalza.

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Aerzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg, Frauenarzt in Dresden.

Erscheint am dritten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 18 Mk direkt unter Kreuzband 18 Mk 80 Pf., für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 20 Mk. für's Ausland einzelne Hefte 2 Mk. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

Heft 4 (258).

Leipzig, 17. April 1908.

XXIII. Jahrg.

Inhalt: Originalien: Müller, Die Verlagerungen des Uterus als Folgen von Aborten und Entbindungen und deren Therapie. 146. — Kühner, Diätetisch-arzneiliche Neuerungen. 152. — Kritzier, Die Gynäkologie und Geburtshilfe Ambroise Paré's. 154. — Referate über Frauenheilkunde: Chase, Verlagerungen des nicht graviden Uterus. 157. — Heyde, Ovariectomie. 157. — Wiener, Degeneratio polycystica ovariorum luteinalis. 157. — Hurdon, Verlagerung des Uterus. 157. — Blumenthal, Blutuntersuchung. 158. — Kurze Referate. 159. — Jll, The conservative medical. 160. — Sutton, On two cases of abdominal. 160. — Norris, Primary squamous-celled carcinoma. 161. — Vance, A case of deciduoma malignum. 161. — Skeel, Intraabdominal torsion. 161. — Frederick, Nymphomania. 161. — Bäcker, Fehlerhafte Flexionen. 161. — Stoeckel, Einwanderung einer Arterienklemme in die Blase. 162. — van de Velde, Blastomyzeten. 163. — v. Braun-Fernwald, Uterusperforation. 163. — Polano, Behandlung der Dysmenorrhoe. 164. — Skeel, Gebärmutterausschabung. 165. — Lejars, Chronische Torsion. 166. — Lockyer, Styptol bei Uterusblutungen. 167. — Maler, Styptol bei Uterusblutungen. 167. Klein, Skopolamin-Dämmerschlaf. 168. — Vosey, Bromural. 168. — Referate über Geburts- und Säuglingspflege: Patridge, Eklampsie. 169. — Wells, Eine Würdigung Joh. d. Garrigues. 169. — Robb, Über Extrauterin-gravidität. 170. — Jll, Myofibroma complicating pregnancy. 170. — Lippold, A case of puerperal eclampsia. 170. — Büttner, Vaginaler Kaiserschnitt bei Eklampsie. 170. — Stempel, Behandlung der Eklampsie. 172. — Hunziker, Acardiacus amorphus. 172. — Vitoux, Hämaturien der Schwangerschaft. 173. — Felertag, Ophthalmie im Puerperium. 174. — Ciulla, Fettige Degeneration der Gebärmutter. 174. — Fränkel, Abort durch Röntgenstrahlen. 175. — Menge, Zur Indikationsstellung. 175. — Boerma, Geburtshemmnis bei Zwillingsgeburt. 176. — Lerda, Behandlung der Beckenstenose. 177. — Rühl, Eine Methode, dem Kinde künstlich Luft zuzuführen. 178. — Ringel, Angeborene Nabelschnurbrüche. 179. — Weymeersch, Buttermilch. 179. — Rezensionen: Poham, Das enge Becken. 180. — Wyder, Ursachen des Kindbettfiebers. 183. — Scherbel, Jüdische Ärzte. 183. — Oppenheim, Atlas der venerischen Affektionen. 184. — Weinberg, Einfluss der Geschlechtsfunktionen auf die weibliche Kriminalität. 184. — Das Neue Preussische Ergänzungsteuer-Gesetz. 185. — Anton, Ärztliches über Sprechen und Denken. 185. — Schill, Therapeutischer Almanach. 186. — Schnirer, Taschenbuch der Therapie. 186. — Le Traducteur. 187. — Landfeldt, Mittel gegen Scharlach. 187. — Ramm, Bohne-hülse-tee. 188. — Tellner, Physikalische Therapie. 188. — Bernstein, Merkbüchlein. 188. — Klinkhardt, Monatshefte. 189. — Flamm, Schwangerschaft und Geburt. 189. — Sutter, Psychoneurosen der Frau. 189. — Praktische Mitteilungen und Notizen. 192. — Literatur. 192.

Nachdruck bedarf der Genehmigung des Verlegers — Referierung mit Quellenangabe erbeten. — Sonderabdrücke verboten.

Die Verlagerungen des Uterus als Folgen von Aborten und Entbindungen und deren Therapie.

Dr. W. B. Müller,

Oberarzt der chir. Poliklinik der kgl. chir. Univ.-Klinik in Berlin.

Ein ganz besonders wichtiges Kapitel für den praktischen Arzt ist die Nachbehandlung der Frauen nach Aborten und Entbindungen, denn gerade diese Zeiten nach solchen Ereignissen im Leben, der Frau haben eine ungeheure Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Entbundenen nicht nur für die nächstfolgenden Wochen und Monate, sondern für das ganze Leben, und nur zu oft entstehen aus kleinen Versehen, Nachlässigkeit und Leichtsinn, die von der Frau und auch dem sie behandelnden Arzte begangen werden, grosse und äusserst unangenehme Nachteile für das körperliche Wohlbefinden der betreffenden Frau und deren soziales und familiäres Leben. In den meisten Fällen glauben die Frauen, dass wenn das Puerperium verlaufen ist und sie nach ca. 8 Tagen nach der Entbindung das Bett verlassen, die Tätigkeit und Hilfe des Arztes überflüssig geworden ist und es nicht notwendig ist, dass sie ungefähr 4 Wochen nach der Entbindung noch einmal vom Arzte genau auf den Zustand ihres Genitaltraktes untersucht werden, und selbst viele Ärzte gibt es, welche entweder sich gar nicht mehr um die von ihnen entbundene Frau, nachdem sie sich am dritten Tage post partum oder abortum vom fieberlosen Verlauf des Wochenbettes überzeugt haben, kümmern oder sie nur noch einmal bei einem gelegentlichen Besuch fragen, ob alles in Ordnung bei ihnen sei. Dass sie dann in den allermeisten Fällen, wenn nicht gar zu hochgradige Beschwerden vorhanden sind, von den Frauen, welche immer meinen, man müsse sich die geringen Kreuzschmerzen, den Druck im Kreuz, das eigentümliche undefinierbare Gefühl im Leibe etc., das alles nach und nach von selbst verschwinden werde, verbeissen, um nicht als empfindlich verschrien zu werden, die stereotype Antwort erhalten, es ginge ihnen ganz ausgezeichnet, bedenken die betreffenden Ärzte nicht und sie vergessen auch, dass in vielen Fällen eine beginnende Retroversio oder Retroflexio uteri in den ersten Zeiten noch keine Beschwerden hervorgerufen oder die durch diese Verlagerung erzeugten Symptome von den Frauen noch nicht beachtet und entsprechend gewürdigt werden. Da nun aber aus diesen Verlagerungen des Uterus post partum et abortum so enorm schwere Folgen für die Frau und deren Familie entstehen, so ist es wohl der Mühe wert, wenn diese Verhältnisse und das richtige Verhalten von Arzt und Patientin in diesen Zeiten in kurzen Worten behandelt und dem Leser vor Augen geführt werden.

Die Lage der Gebärmutter ist von dem Tage der Konzeption einer steten Veränderung unterworfen. Nimmt man eine Virgo an, welche nach der Hochzeit gravida wird, so sieht man den Uterus in den ersten Wochen noch seine normale Lage einnehmen, er liegt nach vorn vertiert. Mit dem Wachstum des Eies hebt sich der Fundus uteri und steigt immer mehr in die Höhe bis ungefähr vom 3. Monat

an der Uterus ungefähr gerade emporgerichtet im Beckeneingang steht. Sobald das Ei die Grösse eines kleinen Apfels erhalten hat, ist die normale Anteversion ungefähr ausgeglichen. Wenn nun eine Veränderung des Inhaltes dieser ungefähr gerade stehenden Gebärmutter erfolgt, indem ein Abort eintritt, so kommt es in den meisten Fällen vor, dass der Uterus sich nach der Entleerung nicht wieder in die normale Anteversion lagert. Betrachten wir zunächst einmal diese Lagerungsverhältnisse nach dem Abort und im späteren Abschnitt nach der normalen Entbindung. Es ist für diese Verhältnisse jeder Abort nach dem 2. Monat der Gravidität wichtig, denn vom 3. Monat ungefähr an, ist die Flexionsstellung des Uterus ausgeglichen. Nachdem bei einem Abort der Fötus ausgestossen ist, bleibt meist noch einige Zeit die Plazenta im Uteruskavum zurück, wenn schon eine solche gebildet ist. Der Uterus hat nun die Tendenz, auch die Plazenta zu eliminieren. Um dies zu erreichen, kontrahiert sich die Muskulatur und zwar geschieht es in den meisten Fällen, dass der Gebärmutterhals und die unteren Uterussegmente sich stärker kontrahieren als der Fundus uteri und es bildet sich die Zervix zu einem engen Kanal und auch die unteren Uteruspartien verengen sich zu einem Rohr, das bedeutend enger ist als der Fundus uteri mit der retinierten Plazenta. So kommt es, dass der obere Uterusabschnitt gleichsam wie eine Keule auf einem schmalen Stiele sitzt. Man beobachtet bei den meisten Aborten, dass die Nachgeburt nicht von selbst entfernt wird, und man findet da in sehr vielen Fällen dieselbe frei im Uterus liegen, aber den inneren Muttermund fest verschlossen, und die Kontraktionen des oberen Teiles des Uterus sind nicht imstande, die Plazenta durch den krampfhaft geschlossenen Muttermund zu pressen. So wird es oft notwendig, dass der Arzt noch die gelöste Plazenta entfernt. Ich habe auch in manchen Fällen die Plazenta fest in der Zervix eingeklemmt gefunden, und zwar hatte sich die Zervix resp. der innere Muttermund krampfhaft über der gerade durch die Zervix wandernden Plazenta geschlossen, indem die Hälfte der Plazenta im Uterus verblieb, und der andere Teil fest im inneren Muttermund und der Zervix sass. Es ist ganz entschieden ein Zeitabschnitt während der Austreibungsperiode vorhanden, wo der Uterus in seinen oberen Partien atonisch erschlafft und die Zervix- und Muttermundmuskulatur sich krampfhaft spastisch kontrahiert. Der Spasmus des inneren Muttermundes bleibt eine Zeitlang, stets 12—24 Stunden bestehen und kann während dieser Zeit von den event. einsetzenden Kontraktionen der Uterusmuskulatur, wenn dieselbe aus ihrer Atonie erwacht ist, meist nicht überwunden werden. Man beachtet diesen Spasmus zu wenig, ja man hat ihn meist ganz übersehen. Während dieser Periode vorwiegend ist die Gelegenheit für Retrodeviation des Corpus uteri gegeben, der durch seinen Inhalt schwerere Uterus legt sich auf der starren Zervix schwankend nach hinten.

Aber auch in den Fällen, wo die fötalen Massen ganz aus dem Uterus eliminiert worden sind, stellt der Fundus uteri eine schwerere Masse dar, die auf der sich fest kontrahierenden Zervix wie eine Keule aufsitzt und natürlich in ihrer Lage schwankend sich nach

dem Gesetz der Schwere bewegt. Ehe der Uterus sich zu seiner annähernd normalen Grösse rückbildet, vergeht ja längere Zeit. Von Bedeutung ist nun der Moment, wo der Spasmus aus der Muskulatur der Zervix nachlässt und schwindet. Dies tritt ja bald ein. Dann drückt die Last des Uterus in 2 Richtungen auf die Zervix. Diese 2 Richtungen sind von oben nach unten und von vorn nach hinten. Der Scheitelpunkt dieser beiden Krafrichtungen liegt über der Zervix, etwas oberhalb des inneren Muttermundes. Dort bildet sich jetzt eine Abknickung und man kann nur von einer Retroflexio oder Retroversio sprechen. Solange die Muskulatur noch stärker kontrahiert wird, tritt die Verlagerung nicht ein, erst beim Nachlassen derselben bildet sich diese Verlagerung. Dass eine Retrodeviation so oft nach Aborten und Partus eintritt, ist eine bekannte Tatsache, die nur zu oft trotz der Kenntnis ihrer Möglichkeit, nicht beachtet wird. Die Entstehung derselben ist leicht denkbar, wenn auch sichere Entstehungsarten noch immer nicht nachgewiesen worden sind. Es wirken eine Menge von Umständen dabei zusammen mit. Erstens muss man physikalische Einflüsse annehmen, denn wie schon gesagt, die Schwere, das Gewicht des Uterus drängt nach hinten. Der apfelgrosse Uterus hat die Tendenz nach hinten zu fallen, wozu ihn noch die Rückenlage der Patientin veranlassen können. In Betracht dessen hat man die Frauen an den ersten Tagen post partum oder abortum stundenlang auf dem Bauche liegen lassen. Allein dadurch konnte man eine Retrodeviation nicht verhüten, ein Zeichen, dass noch andere gewichtige Momente bei der Entstehung derselben massgebend sind. Hierher muss man noch den Druck rechnen, welcher in der Abdominalhöhle im allgemeinen herrscht und dann noch den Druck der Därme im besonderen. Dass die Därme direkt auf den Uterus im Sinne einer Retrodeviation wirken, ist nicht anzunehmen, denn dieselben müssten ihn eher zu einer Antedeviation veranlassen. Nur in besonderen Fällen werden sie von vorn oben auf den Uterus nach hinten unten drückend einwirken. Von grösserer Bedeutung ist aber die Vesica urinaria. Dieselbe übt stets einen Druck nach hinten auf den Uterus aus, vor allen Dingen, wenn sie stark gefüllt ist. Es ist daher entschieden anzuraten, die Frauen zu häufigem Wasserlassen anzuhalten, damit sich nicht grössere Mengen Harn in der Blase ansammeln können. Von weiterer Bedeutung sind natürlich die Adnexe, denn die Ovarien und Tuben wirken auch auf die Lage des Uterus. Wenn die Ovarien im hinteren Douglas liegen, so werden sie auch den Uterus nach hinten ziehen. Der Haupteinfluss wird aber durch die ganze Art der Ernährung und den Kräftezustand, in welchem sich die Bandapparate des Uterus befinden, ausgeübt. Wenn die Bänder bereits sehr locker, überdehnt und schwach geworden sind, wenn das Fett zwischen ihnen geschwunden und ihr Elastizitätszustand schwach geworden ist, werden die Stützen für die normale Lage des Uterus fehlen und eine Verlagerung nach hinten ist leichter möglich. Dies ist nun besonders der Fall nach einem Abort oder einer Entbindung. Bekanntlich stehen die Bandapparate sowohl des Beckens wie die der Genitalien direkt in einem Abhängigkeitsverhältnis zu der Gravidität,

denn vom Eintritt der Befruchtung an werden die Bänder erschlafft und elastischer als sie im normalen Zustande sind. Wird nun plötzlich die Gravidität unterbrochen, — der Grund für den Eintritt des Abortes ist vollkommen gleichgültig, — so befindet sich der Uterus in einem weniger straffen Bandapparat aufgehängt und es ist leicht möglich, dass die Bänder durch Zug der Gebärmutter nach hinten, der auf irgend eine mechanische Ursache hin zustande kommt, überdehnt werden und nicht mehr fest genug sind, um den Uterus normal zu fixieren. Vor allen Dingen spielen hier die Ligamenta rotunda eine gewichtige Rolle, jene Bänder, welche den Fundus uteri nach vorn ziehen und die während der Gravidität enorm verlängert werden, so dass sie am Ende der Gravidität ungefähr dreimal so lang sind als im normalen Zustande.

Ein anderer ebenso gewichtiger Umstand wird durch die Bauchdecken und deren Einfluss dargestellt. Es greift ein Rad ins andere und so stehen auch die Einflüsse der Bauchdecken in Konnex mit dem Zustand des Bandapparates. Die überdehnten schlaffen Bauchdecken, welche man so oft bei mageren Frauen nach mehreren Entbindungen findet, geben den Bauchorganen keine feste Stütze mehr und begünstigen Verlagerungen der Unterleibsorgane besonders dadurch, dass der Druck in der Bauchhöhle verändert wird. Weiter und eng mit diesem Zustand verbunden ist die Schlapfheit und Insuffizienz des Beckenbodens. Die Muskulatur, in welcher die Scheide gehalten wird und auch der Uterus eine Stütze findet, wird durch viele Entbindungen, Abmagerung etc. fettarm, atrophisch und überdehnt, schlaff. Die ganzen Genitalien sinken nach unten, man nennt dies Prolaps, oder im Anfangszustand oder geringem Grade Descensus uteri. Diese abnorme tiefe Lage des Uterus begünstigt ebenfalls Retrodeviationen.

Nach allen diesen Dispositionen und Ursachen zur Retrodeviation des Uterus ist noch der Zustand der Muskulatur des Uterus selbst zu erwähnen. Man findet sehr oft in ihrer Muskulatur kranke Organe, welche schlaffe, überdehnte, fettig degenerierte, durch chronische Metritis veränderte Uteri darstellen, unter den nach hinten verlagerten Uteris. Hierbei ist die Muskulatur schlaff und daher eher geeignet für Verlagerung als ein normaler Uterus.

Aus all diesen vielen Gründen für die Entstehung der Retrodeviation ersieht man, wie enorm leicht es zu einer solchen Verlagerung nach einem Abort kommen kann. Ich habe 100 Frauen beobachtet und untersucht und habe in 77% Verlagerungen des Uterus nach hinten nach Aborten nachgewiesen. Ferner habe ich einen grossen Teil von Frauen eingehend befragt, bei denen ich eine Retroflexio vorfand, wann dieselben die ersten Symptome beobachtet hatten, und konnte da in einer enorm grossen Anzahl nachweisen, dass Aborte oder Partus die Ursache waren und dass stets von den Frauen ein Arzt zur Behandlung des Abortes gerufen worden war, fand aber nur sehr wenige, verschwindend wenige Fälle, wo der Arzt nach der Ausräumung des Uterus noch einmal bei der Entlassung untersucht hatte, ob etwa eine Verlagerung vorhanden gewesen wäre. Er hätte da jedesmal eine Retroflexio gefunden, und die Klagen der Frau

schon wenige Wochen nach dem Abort deuteten sicher auf dieses Leiden. Bei einem grossen poliklinischen Material könnte man sogar Zahlen berechnen, doch dies hat hier wenig Wert. Es soll hiermit nur ausgeführt werden, wie wichtig es ist, dass der Arzt nach jeder Entbindung oder Frühgeburt nach Verlauf von 8—10 Tagen noch einmal genau die Lage des Uterus untersucht. Allerdings muss man dabei bedenken, dass ein grosser Teil der Frauen, wenn ihnen auch der Arzt sagt, dass sie ihn nach 10 Tagen nach der Ausräumung noch einmal aufsuchen sollen, nicht wieder zu ihm gehen, weil sie es für unnötig halten und die Kosten scheuen. Es sollte aber jeder Arzt darauf dringen, noch einmal die Genitalien nachzusehen, selbst wenn er auch noch einmal die Frau besuchen muss. Wenn man es den Frauen klar macht, welche schweren Folgen daraus entstehen, so stösst man nie auf Widerstand.

Ebenso wichtig wie nach Aborten, ist auch die Nachuntersuchung nach Partus: In ca. 60% habe ich nach normalen Entbindungen eine Retrodeviation des Uterus gefunden. Die Entstehung der Verlagerung des Uterus nach hinten post partum ist ungefähr dieselbe wie nach einem Abort. Die Verhältnisse liegen ja bei der normalen Entbindung fast genau so, nur dass die Vergrösserung des Uterus bedeutend hochgradiger ist. Dadurch, dass der Uterus nach einer am Ende der Schwangerschaft eintretenden Entbindung bedeutend mehr Volumen aufweist und folglich auch schwerer ist, ist eine grosse Möglichkeit der Rückverlagerung gegeben. Weiter muss man die Beschaffenheit der Muskulatur des stark ausgedehnten und überdehnten Uterus, wie solche einerseits durch die allgemeine Lockerung der Bänder am Ende der Schwangerschaft, andererseits durch die starke Ausdehnung der Uterushöhle durch die Frucht und das Fruchtwasser sowie durch die Wehentätigkeit hervorgerufen wird, bedenken. Der nach der Entbindung schlaffe und weiche Uterus hat keinen eignen Halt, er legt sich ganz dem Gesetze der Schwere folgend und wird da stets eine nach hinten vertierte Lage einnehmen. Während der nun folgenden Verkleinerung behält er meist die bald nach der Entbindung eingenommene Lage bei, nur dass sich dieselbe noch mehr und mehr qualifiziert, je mehr sich die Gebärmutter in ihre normale Grösse rückbildet. Was bei der noch bis in die Nabelhöhe reichenden Gebärmutter als Retroversio erschien, hat sich bei dem annähernd normale Grösse erreichten Uterus zur Retroflexio gesteigert. Alle die oben genau erwähnten Verhältnisse sind auch hier für die Rückverlagerung des Uterus massgebend, nur dass sie nach einer durch Entbindung beendeten normalen Schwangerschaft noch bedeutend stärker ins Gewicht fallen und intensivere Einflüsse ausüben.

Was sind nun die Symptome dieser Verlagerungen des Uterus nach Abort und Entbindung? Diese Frage zu beantworten ist gar nicht leicht und es ist nur bis zu gewissen Grenzen möglich. In vielen Fällen verursacht eine Retrodeviation zunächst gar keine Schmerzen oder Beschwerden. Es gibt eine grosse Anzahl von Fällen, wo die Frauen gar keine Beschwerden der bestehenden Retrodeviation empfinden, sich im Gegenteil ganz wohl fühlen. So hat man ja auch beobachtet, dass Mädchen schon eine angeborene Retroflexio

besitzen und nicht die geringsten Beschwerden haben, so dass man nur gelegentlich einer eingehenden Untersuchung diese pathologische Lage des Uterus feststellt. Man hat gestützt auf solche Fälle die Retrodeviation sogar als physiologisch ansehen wollen. Allein bei jenen Frauen, bei denen vor einer Gravidität eine normale Lage des Uterus bestand, und welche nach der Entbindung oder dem Abort eine Retroflexio erlitten, treten stets gewisse Symptome auf, welche andeuten, dass etwas nicht in Ordnung ist; die Patienten haben in den meisten Fällen Kreuzschmerzen, geringe Leibscherzen, und selbst wenn direkte Schmerzen nicht vorhanden sind, so empfinden sie ein undefinierbares Gefühl im Kreuz meist, welches andeutet, dass etwas nicht in Ordnung ist. Ein dumpfer Druck im Kreuz oder ein Gefühl im Leib, im Becken, als sei etwas verschoben, wird bei solchen Patienten stets angegeben. Schmerzen fehlen in allen den Fällen, wo Entzündungen der Gebärmutter, Metritis, Entometritis, Perimetritis sowie der Adnexe, Parametritis, Salpingitis, Oophoritis etc. nicht vorhanden sind, denn erst diese Krankheiten rufen direkte Schmerzen hervor, und sie sind in den meisten Fällen in mehr oder weniger hochgradiger Weise als Komplikationen der Retroflexio anzusehen. So kann man in den allermeisten Fällen schon durch die Angaben der Frau selbst die Verlagerung der Gebärmutter erraten, und es wird in den seltensten Fällen trügen, wenn man aus den Klagen auf die Retroflexio schliesst, weshalb es dringende Pflicht des Arztes ist, stets die Frauen, die er wegen eines Partus oder Abortus in Behandlung hatte, eine Zeit nach Verlauf des Wochenbettes noch einmal genau auf den Zustand der Genitalien zu untersuchen. Ich habe schon oben erwähnt, dass in dieser Hinsicht enorm viel unterlassen und gesündigt wird.

Weshalb man den Arzt nicht dringend genug auf diese Verhältnisse aufmerksam machen kann, das ersieht man aus den vielen chronischen Krankheiten des Unterleibes bei Frauen, die im Anschluss an einen Partus oder Abortus entstanden sind, die Frau enorm peinigten und nur sehr schwer zu heilen sind, wenn man sie nicht sofort nach der Entstehung in Angriff nehmen kann. Da im Anfang die Beschwerden gering sind, so wissen die Frauen nicht, dass sie krank sind, sie glauben im Gegenteil die Beschwerden seien noch natürliche Folgen des Partus oder Aborts und würden bald von selbst zurückgehen, und so begeben sie sich nicht in ärztliche Behandlung; aber ohne dass sie es wissen, entstehen schwere Leiden bei ihnen und verschlimmern sich von Tag zu Tag, bis dann endlich oft erst nach Jahr und Tag der Arzt gerufen wird, der dann helfen soll, aber oft nur schwer eine Heilung resp. Besserung erreichen kann. All die entzündlichen Erkrankungen des Uterus und der Adnexe stehen in engem Konnex und Abhängigkeitsverhältnis zur Retroflexio uteri und die Verlagerung selbst wird je länger sie besteht, immer hochgradiger und der Uterus verändert sich so, dass er bei einer Reposition dann nicht mehr von selbst in der normalen Lage verbleibt, sondern immer wieder in die Retroflexionslage zurückfällt, weil seine Muskulatur und Bandapparate sich verändert und der Retroflexionslage angepasst haben. Wenn sich nun noch

entzündliche Veränderungen der Parametrien und des Perimetrium hinzugesellen, so entstehen Verwachsungen des Corpus uteri mit dem Rektum und Peritoneum des hinteren Douglas und es entsteht die Retroflexio fixata, ein Zustand, der durch einfache Manipulationen, wie Aufrichten und Einlegen eines Pessars nicht gehoben werden kann und dazu starke Beschwerden macht. Es ist dann nur durch einen operativen Eingriff möglich, den fixierten Uterus aus seinen Verwachsungen zu lösen und dauernd in einer anderen Lage zu erhalten. Auf die Arten der Therapie komme ich später noch zu sprechen. — (Schluss folgt.)



Diätetisch-arzneiliche Neuerungen.

Von Dr. Kühner - Eisenach.

Die Diät ist mit Recht als der Hebel der Technik des Arztes bezeichnet worden. Arzneimittel bedeuten in der Hand des Arztes gewisse Stoffe, welche der Natur entnommen, sich als Heilmittel eignen und bewähren. Heilmittel können dem Bereich der Diätetik, Pharmakodynamik, der Sichtbarkeitswissenschaft, selbst den Imponderabilien entnommen werden. Wenn wir arzneiliche Stoffe von diätetischen unterscheiden, so ist nicht zu vergessen, dass dieser Unterschied von Natur und Medizin ein künstlicher ist. Die Natur kennt keine Einteilung, sondern nur Übergänge. In der Tat finden zwischen Nahrungs-Genussmitteln, Arzneistoffen, Heilmitteln, Giften eine Menge von Übergängen statt. Derselbe Stoff kann, je nach Quantität oder Qualität, je nach der Absicht der Verwendung bald als Nahrungs-Genussmittel, Arzneistoff, Heilmittel, Gift wirken. Als Anforderung für eine rationelle Krankenernährung hat Dr. Max Heim in Bonn (Die künstlichen Nährpräparate und Anregungsmittel mit besonderer Berücksichtigung der Ernährungstherapie mit einem Anhang: Diätetische Kuren) gestellt 1. psychischen und physische Schwierigkeiten, welche sich der Nahrungsaufnahme entgegenstellen, zu beseitigen; 2. den Nährwert der Nahrungsmittel möglichst zu erhöhen, ohne das Volum zu vermehren; 3. die Nahrung dem kranken Organismus in einer Form einzuführen, die ihm die Ausnutzung wesentlich erleichtert. Von diesen Gesichtspunkten aus müssen die künstlichen Nährmittel folgende Eigenschaften besitzen: a) sie müssen dem kranken Körper in geringster Menge zugeführt werden, b) lange Zeit ohne Schädigung der Verdauung gegeben werden können, c) einen angenehmen Geschmack besitzen oder geschmacklos sein, d) das Gewicht des ersteren erhöhen oder mindestens erhalten können und e) dürfen nicht zu teuer sein.

Ein Nährpräparat, das allen diesen Anforderungen entspricht, somit als ein vortreffliches Nährmittel für Gesunde und Kranke gelten kann, bildet Sauers Hämakolade. Hämakolade besteht aus reinem nativen Hämoglobin, reinem, ent-

öltem Kakao, Chlornatrium und Kohlenhydraten. Mithin ist Hämakolade ein ganz vorzüglich zusammengesetztes Nährpräparat (Vgl. unten Analyse), welches nicht nur ein kräftigendes, je nach obwaltenden Gewohnheiten, Frühstücks- oder Abendgetränk für jede Familie bildet, sondern hauptsächlich seiner robrierenden Wirkungen zufolge sich eignet für Blutarme, Magenkranke, schwächliche Kinder und Nervöse, überhaupt für alle akute und chronische Krankheitsformen passt, in denen von natürlichen Nährmitteln abzusehen ist. Schon im Jahre 1901 schrieb ich in einer Broschüre über gesunde, kranke und schwache Nerven: „Als ein Kräftigungsmittel par excellence, das sich durch grosse Wirksamkeit, Bekömmlichkeit und Billigkeit vor anderen auszeichnet, kann ich Sauers Hämakolade auf Grund eigener Prüfung und Erfahrung bezeichnen. Dieselbe bildet somit ein ganz wissenschaftlich zusammengesetztes Nährpräparat, wie auch die günstigen Erfahrungen beweisen.“

Seitdem haben sich eigene und fremde Erfahrungen über die günstigen Ergebnisse von Sauers Hämakolade sehr vermehrt, so dass sich dieses Nährpräparat sehr beträchtlich über alle ähnliche Kompositionen erhebt.

Eine von Dr. Aufrecht, öffentlich angestelltem Handelschemiker in Berlin, vorgenommene Analyse erweist.

Stickstoffsubstanzen (einschliesslich Hämoglobin)	9,72 %
Fett	12,41 %
Zucker	55,13 %
Stärke	13,84 %
Sonstige stickstofffreie Extraktstoffe	4,17 %
Zellulose	1,26 %
Asche	3,47 %
Darin Chlornatrium	1,36 %

Der Untersuchungsbefund steht somit mit den Angaben der genannten Firma, wonach die vorliegende Hämakolade ein von medikamentösen Zusätzen freies Gemisch von Kakao, Hämoglobin und indifferenten Zusätzen, wie Stärkemehl und Kochsalz ist, im guten Einklang. Die Kohlenhydrate des Präparates bestehen aus Zucker und Stärkemehl. Der Kakao ist in Anbetracht seiner nahrhaften Wirkung, des Wohlgeschmacks und der Verbesserung des Hämoglobin-Geschmacks, zugesetzt. Der Vorzug gegen flüssige Hämoglobin-Präparate bei der Hämakolade ist also der, dass die durchaus in der Krankenernährung nicht gleichgültigen Geschmacks-Ingredienzien, Vanillin oder Tinctura aromatica, durch das indifferente Geschmacksmittel Kakao ersetzt ist, welchem nebenbei grosse Nährwerte zukommen. Die chemische Zusammensetzung der ausgeschälten Kakaobohne zeigt eine Summe von Nährstoffen, wie sie nur in unsern besten Nahrungsmitteln z. B. in der Milch vorhanden sind. Von anderen mit Kakao versetzten künstlichen Nährpräparaten unterscheidet sich Hämakolade durch grösseren Wohlgeschmack.

Für die Krankenernährung sind als sehr wirksame Derivate der Hämakolade noch die Guajakolade, enthaltend im Pfund

25 Gramm Kal. sulfo-guajacolic. und die Jomakolade, enthaltend im Pfund $12\frac{1}{2}$ Gramm Jodsalze, zu erwähnen. Die Guajakolade vereinigt die expektorierende, sekretionsbeschränkende, bronchiale, antiphthisische Wirkung des Guajakols mit der appetitanregenden und kräftigenden eines Eiweisspräparates. Bedenkt man nun, dass die gangbaren Expektorantien, Ipekakuanha, Senega, Benzoesäure, Liquor ammon. anisat. nur bei nachweisbarer starker Sekretansammlung in den Bronchien angezeigt sind und dass die Narkotika bei Kindern sehr schwer, bei Hochbetagten gar nicht angewendet werden können, so wird es begreiflich, dass sich das Interesse der Praktiker dem Antiphthisikum par excellence, dem Kreosot, zugewendet hat. Tatsache ist, dass dieses Mittel in vielen Fällen nicht verwendbar, weil dasselbe, wenngleich anerkanntermassen günstig wirkend, von vielen Personen wegen des Geruches nicht gerne genommen, von anderen, wegen sich einstellender Beschwerden des Digestionstraktus, nicht vertragen wird. Die Wirkung des Kreosots wird erreicht und verbessert durch dessen wirksamsten Bestandteil, das Guajakol und dessen geeignetste Verabreichung, die Guajakolade. Die Guajakolade verdient daher volle Beachtung in allen akuten und chronischen Erkrankungen der Respirationsorgane, also bei offener und geschlossener Tuberkulose, bei kruppöser und Bronchopneumonie, Bronchitis u. s. f. Die Jomakolade, die absolut nicht nach Jod schmeckt, ist in allen Fällen empfehlenswert, in denen neben kräftiger Ernährung eine dauernde Jodkur erwünscht ist, also namentlich bei Frauenkrankheiten. --



Die Gynäkologie und Geburtshilfe Ambroise Paré's.

Historische Skizze von Hans Kritzler,

Studierender der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen zu Berlin.

(Schluss.)

Die verschiedenen Kindeslagen kennt er aus zahlreichen Sektionen in der Schwangerschaft und bei der Geburt verstorbener Frauen; zu ihrer bildlichen Darstellung benutzt er mehrere Figuren aus Rösslins „Der schwangeren Frauen und Hebammen Rosegarten“. Zeichen der beginnenden Geburt, vor der er, wie heutzutage, ein Klistier verabreicht, nennt er den Blasensprung, den er sich durch Fusstritte (!) der Frucht hervorgerufen denkt. Dem geburtshelfenden Arzte rät er, die Nägel kurz zu schneiden und die Ringe abzulegen; von einem Händewaschen ist jedoch keine Rede. Zur Beförderung der Geburt reibt er die Genitalien mit Ölen, Salben, Fetten ein und gibt Nieswurzpulver. Der Kreissenden empfiehlt er eine halb sitzende, halb liegende Position, als ganz besonders zweckmässig die damals beim Steinschnitt übliche. Die Abnabelung geschieht erst nach Aus-

treibung der Nachgeburt, die Paré in folgedessen möglichst beschleunigt, indem er mit der Hand in den Uterus eingeht, sanft die Plazenta löst und zugleich evtl. vorhandene Blutgerinsel entfernt. Nach der Geburt empfiehlt er der Wöchnerin, durch festes Aneinanderpressen der Oberschenkel das „Eindringen der Luft“ in den Uterus, den er durch Auflegen der frischen Nachgeburt auf den Unterleib wärmen lässt, zu verhüten. Die Nabelwunde schützt er durch einen kleinen Verband. Durch beide Anordnungen arbeitet Paré instinktiv einer Infektion, die er bei Plazentarretention als „einen tödlichen Brand und innerlich Geschwür“ kennt, entgegen. Dammrisse näht er und behandelt sie wie andere Wunden; doch stellt er ihrer Vernarbungen wegen die Prognose für spätere Entbindungen schlecht und empfiehlt in diesem Falle schon vor der Geburt eine blutige Nachhilfe, die unserer Episiotomie vielleicht entsprechen würde. Ganz besonders rät er, auf körperliche Fehler des Neugeborenen wie Atresia ani u. s. w. zu fahnden und sie möglichst sofort zu beseitigen. Ähnlich der modernen Wochenbettsbinde lässt er ein „Gebände“ um den Leib tragen. Zur Vorbereitung der Brüste für die Laktation und zur Vertreibung der Striae gibt er Salben an; 20 Tage post partum lässt er die Wöchnerin teils in reinem, teils in mit Kräutern versetztem Wasser baden. Das Neugeborene, dessen Mund und Rachen sorgfältig von Schleim gereinigt werden soll, darf nicht das nach Parés Ansicht schädliche Kolostrum trinken; letzteres soll sich die Mutter von einem Hunde oder einer Jungfrau absaugen lassen (!). Nur bei schweren Erkrankungen, grosser Schwäche der Wöchnerin hält er Annahme einer Amme, für deren Auswahl, Lebensweise etc. er zehn Gesetze aufzählt, für gerechtfertigt; ausführlich behandelt er die Pflege des Kindes, die Ernährung mit Brei, die Lage in der Wiege, die Behandlung der Obstipation und der Gastroenteritis, das Entwöhnen u. s. f. Zur Erleichterung des Säugegeschäftes gibt er Warzenhütchen an.

Bei anormalen Kindeslagen, Vorfall kleiner Geburtsteile und beim Tode der Frucht, den er aus dem Aufhören der kindlichen Bewegungen und dem Abgange des Fruchtwassers und der Nachgeburt diagnostiziert, rät er eindringlichst zur Wendung auf die Füsse, die er sich in schwierigen Fällen durch Anlegen von Schlingen erleichtert; dabei weist er auf die Gefahr hin, bei Zwillingen zwei nicht zusammengehörige Füsschen zu binden, und empfiehlt deshalb, sich durch Abtasten der Extremitäten bis zu den Genitalien hinauf genau zu orientieren. Im Gegensatze zu Rösslin, der beide Arme des Kindes flach an den Leib ausgestreckt haben will, soll nach Paré nur der eine Arm dem Schenkel anliegen; den andern schiebt er über den Kopf, um den Hals vor Erdrosselung durch den Gebärmuttermund, dem er ganz besonders heftige Neigung zur Kontraktion zuschreibt, zu schützen. Macht der Kopf jedoch unüberwindliche Schwierigkeiten, dann hält er es für indiziert, im Interesse der Mutter ohne Rücksicht auf das Kind zu handeln, indem er durch Einsetzen von scharfen Haken in den Mund, die Augenhöhlen oder unter das Kinn den Kopf zu entwickeln versucht. Die Extraktion an den Händen, die damals anscheinend öfters ausgeführt wurde,

verwirft er energisch; er reponiert die vorgefallenen Ärmchen oder amputiert sie unter der Vorsichtsmaßregel, dass er den Knochenstumpf zur Verhütung von Verletzungen der mütterlichen Genitalien mit Fleischklappen bedeckt. Bei Dekapitationen, Eviszerationen und Dissektionen, die zu Paré's Zeiten natürlich viel häufiger gemacht werden mussten als heutzutage, da die segensreiche Erfindung der unschädlichen Kopfzange erst den kommenden Jahrhunderten vorbehalten war, muss es oft vorgekommen sein, dass der Kopf nach Abtrennung des Rumpfes und der Glieder im Uterus zurück blieb. In diesem Falle bringt Paré den linken Zeigefinger in die Mundhöhle, setzt einen langen, scharfen Haken, für welchen er mehrere Modelle angibt, an irgend einer Stelle des Kopfes ein und sucht so, während die Assistenz einen kräftigen Druck auf den Unterleib ausübt, den Kopf nach aussen zu befördern; für diesen Fall empfiehlt er auch zwei zangenähnliche Instrumente, deren zwei resp. vier mit Widerhaken versehene Arme den Kopf fassen sollen und die historisch interessant sind, weil man eine Zeitlang sie für Vorläuferinnen des geburtshilflichen Forzeps hielt. Bei Facies hippocratica, kaltem Schweiss und kleinem, schwachem Pulse der Kreissenden gibt er die Hoffnung auf Erhaltung des mütterlichen Lebens auf und nimmt von jedem Einschreiten Abstand. Um das vielleicht noch lebensfähige Kind zu retten, macht er nach dem Tode der Mutter ebenso wie bei in den letzten Graviditätsmonaten Verstorbenen den Kaiserschnitt, nachdem er das Kind eine Zeitlang in der „Wärme des eröffneten Uterus“ liegen lässt. Der Ausführung der Sectio cæsarea bei Lebenden, von der damals ja oft gesprochen wurde, steht er äusserst skeptisch gegenüber, da er diese Operation des starken Blutverlustes wegen für zu angreifend hält. Am Schlusse seines Buches weist Paré endlich noch kurz auf die forensische Wichtigkeit des Sachverständigenurteils eines Geburtshelfers hin. —

Ambroise Paré ist zwar in vielen seiner Anschauungen noch vollständig Kind seiner im Banne blinden Aberglaubens stehenden Zeit, trotzdem macht sich des öfteren in seinen Werken das Bestreben geltend, sich dem lähmenden Einfluss der Autorität veralterter Traditionen zu entziehen und nach den Grundsätzen einer vernunftgemässen Empirie Krankheiten zu erkennen und zu heilen. Ein ganz besonderes Verdienst Paré's aber ist, dass er, der Chirurg, von dem man viel eher eine neue blutige und verstümmelnde geburtshilfliche Operationsmethode hätte erwarten können, wieder auf die schon zu Trajan's und Hadrian's Zeiten von Soranus empfohlene, aber im Laufe der Jahrhunderte fast völlig in das Dunkel der Vergangenheit geratene Wendung auf die Füße die Aufmerksamkeit lenkte. Mit dieser bei anormalen Lagen so zweckmässigen Hilfe hat er sich einen unsterblichen Namen erworben, zum Besten des wachsenden Ruhmes der Geburtshilfe, zum Besten der Gesundheit und des Lebens unzähliger Mütter und Kinder. —



Referate über Frauenheilkunde.

Durch Unfall bedingte Verlagerungen des nicht graviden Uterus. Von Chas e. The americ. journal of. obst., Juli 1907.

Der eine von den zwei Fällen, welche beschrieben werden, ist deshalb besonders interessant, weil 24 Stunden vor der Retroflexion, welche durch einen Fall von einer Leiter eintrat, noch eine Antelexio festgestellt worden war. S a m u e l - Posen.

Bemerkungen zur konservativen Ovariectomie. Von H e y d e. The american. journal of obstetrics. August 1907.

Sein Interesse für dieses Thema wurde besonders dadurch veranlasst, dass Verf. in 4 Fällen von Ovariectomie wegen kystischer Degeneration glaubte, nur gesundes Gewebe zurückgelassen zu haben; indes sah er sich später wegen erneuter kystischer Degeneration zur Relaparotomie gezwungen.

Aus seiner Arbeit zieht Verf. folgende Schlussfolgerungen:

Das Mikroskop zeigt uns oftmals das Vorhandensein von Mikrokysten, wo mit bloßem Auge nur normales Gewebe sichtbar ist.

Völlig kystisch entartete Ovarien sollen entfernt werden, wofern nicht die Patientin den ausdrücklichen Wunsch hat, dass ein Teil erhalten bleibt.

Schwangerschaft nach Resektion des Ovars tritt nicht so oft ein, als man glaubt, etwa in 5 % der Fälle.

Durch die konservative Methode wird garantiert, dass keine Menopause eintritt.

Beim Vorhandensein einer einzigen Kyste ist die konservative Methode ideal.

Jede Frau soll darüber belehrt werden, dass ein Rezidiv eintreten kann.

Die Statistiken zeigen, dass etwa 5 % zur nochmaligen Operation kommen. S a m u e l - Posen.

Degeneratio polycystica ovariorum luteinalis. Von W i e n e r. The american. journ. of. obst., August 1907.

Verf. weist auf die Feststellung von Pick hin, dass bei Blasenmole und Chorionepithelioma eine Veränderung der Ovarien gefunden wird, welche im wesentlichen in einer Überproduktion der Luteinsubstanz besteht. Verf. erwähnt dies besonders deshalb, weil bisher in Amerika der Beurteilung der Ovarien bei Behandlung von Blasenmole und Chorionepithelioma gar keine Beachtung geschenkt wurde. S a m u e l - Posen.

Verlagerung des Uterus infolge von Ventrofixur. Von H u r d o n. The american. journ. of. obst., Juli 1907.

Bei 2 Fällen von Schwangerschaft nach Ventrofixur, bei welchen infolge von Adhäsionen die Zervix ganz hoch und nach hinten gezogen war, sodass die Geburt am normalen Ende per vias naturales

nicht vor sich gehen konnte, wurden die Verwachsungen per laparotomiam durchtrennt und danach normale Entbindung ermöglicht. Am Ende der zweiten Woche des Wochenbetts wurde die Lage des Uterus kontrolliert. In den Fällen, bei welchen der Uterus die Neigung hat, von seiner regelrechten Lage abzuweichen, soll ein Pessar eingeleitet werden. S a m u e l - P o s e n.

Ergebnisse der Blutuntersuchung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Von Blumenthal (Frauenklinik Tübingen). Beitr. z. Geb. u. Gyn. 11. Bd. 3. Heft.

Die Arbeit bezweckt die Untersuchung der Blutveränderungen in der Schwangerschaft, der Menstruation und den gynäkologischen Erkrankungen und die kritische Feststellung der daraus entspringenden diagnostischen Hilfsmittel. Sie bringt ein eingehendes Literaturverzeichnis der einschlägigen Arbeiten. Die wesentlichsten Ergebnisse der Untersuchungen sind:

a) Menstruation. Sie ist gekennzeichnet durch ein leichtes Ansteigen der Eosinophilen, ohne jede Leukozytose.

b) Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

1. Die Schwangerschaft führt leicht zu einer Anämie, deren Grad von der ursprünglichen Widerstandsfähigkeit des Organismus abhängt.

2. Eine Schwangerschaftsleukozytose ist keineswegs häufig, tritt event. in den letzten Monaten ein, ist nicht sehr erheblich (sie vereitelt eine auf der Blutformel fussende Eiterdiagnose).

3. Die Schwangerschaft kennzeichnet sich durch eine labile Blutformel (Makrophagie und Myelozythaemie).

Der Geburtsmechanismus bedingt eine erhebliche Leukozytose, besonders im Anschluss an die Expressionswehen, welche nach der Geburt sofort wieder herabsinkt.

Beim Eintreten der Milchsekretion erscheinen die Eosinophilen wieder reichlich; gleichzeitig fällt die Gesamtleukozytenzahl auf sehr niedrige, manchmal leukopenische Werte herab.

Am Ende der ersten Woche des Puerperiums hat das Blut eine normale Beschaffenheit zurückerhalten, aber jede Komplikation (Lochionometra usw.) bewirkt eine Verzögerung des Abfalls der Leukozytose.

Der eklamptische Anfall kennzeichnet sich besonders durch Aneosinophilie des Blutes und erhöhte Leukozytenwerte. Während in der Geburt eine Eiterdiagnose durch Blutuntersuchung naturgemäss ausgeschlossen ist, besteht die Möglichkeit, eine solche während der Schwangerschaft und des Wochenbetts mit genügender Sicherheit festzustellen, falls vorherige Blutuntersuchungen auf die Möglichkeit hinweisen.

c) Frauenkrankheiten.

Bei Ausschluss anderweiter krankhafter Vorgänge ist im weiblichen Genitalapparat eine Anwesenheit von Eiter durch den Mindestbefund von 10000 Leukozyten, worunter mindestens 70 % neutrophile Polynukleäre, sichergestellt.

Die Ursache für den verschiedentlichen Ausfall der Blutuntersuchung bei entzündlichen Zuständen liegt darin, dass die polynu-

kleäre Leukozytose die Eiterbildung, nicht aber bestehenden Eiter diagnostiziert.

Sowohl die eitrige Einschmelzung als die Eiterresorption sind bei einer gegebenen Erkrankung durch die Blutuntersuchung zu ermitteln.

Der Hämoglobingehalt erreicht die niedrigsten Werte bei chronischen, mit Hämorrhagien verbundenen Erkrankungen. Er kann bis zu 15% herabgesetzt sein, ohne dass die Aussicht auf eine operative Genesung aufzugeben wäre (auch keine absolute Kontraindikation gegen Narkose). Ein frischer Tubarabort kann von einem sich bildenden Pyosalpinx durch die Blutuntersuchung nicht unterschieden werden, desgleichen eine ausgebildete Hämatokele von einer zur Ruhe gekommenen Pyosalpinx. Sobald aber der Bluterguss abgekapselt ist, kann der Tubenabort, durch das Fehlen von Leukozytose, von einer sich bildenden Pyosalpinx mit Sicherheit diagnostisch unterschieden werden.

Peters - Dresden.

Kurze Referate aus: the american journal of obstetrics and diseases of women and children. Oktober 1907.

Stone (Chorioepithelioma) bespricht an der Hand eines eigenen Falles kurz die bisherige Literatur über das **Chorioepitheliom**, sowie dessen Entstehungsweise, pathologische Anatomie und Klinik.

Zur Behandlung der **puerperalen Sepsis** empfiehlt Mackay (The effect of bloodtransfusion in a patient with puerperal septicemia.) die Transfusion von Blut von Person zu Person.

Chase (The time factor in surgical operations.) betont die Wichtigkeit der **Kürze der Operationsdauer**. Je kürzer die Operationsdauer ist, um so günstiger verläuft ceteris paribus die Operation. Ferner gibt er Ratschläge, wie eine längere Operationsdauer zu vermeiden sei, wie die Narkose zu leiten sei und empfiehlt für die entsprechenden Fälle die Mikulicz'sche Tamponade.

Mann (Ruptured pus tubes.) bespricht die Entstehung der **Pyosalpinx** und ihre Symptomatologie. Wenn eine Ruptur derselben eintritt, so bestehen drei Möglichkeiten. Der Durchbruch kann erfolgen: 1. in die Bauchhöhle, aber in einem durch Adhäsionsbildung abgekapselten Raum, 2. in ein benachbartes Hohlorgan, 3. in die freie Bauchhöhle. Wenn im letzteren Fall der Eiter nicht steril ist, was allerdings im grossen und ganzen selten der Fall ist, entsteht eine diffuse Peritonitis. Bezüglich der Therapie rät er jede Pyosalpinx, auch wenn die Ruptur bereits erfolgt ist, operativ in Angriff zu nehmen. Beschreibung von vier Fällen.

Sprigg (Influenzal meningitis.) beschreibt einen Fall von **Meningitis** im Anschluss an Influenza, in welchem sich ein dem Influenzabazillus indenter oder ihm wenigstens ähnlicher Mikroorganismus fand.

Zur Behandlung der akuten eitrigen **Adnexerkrankungen** empfiehlt Bovée (The scope of treatment of acute pelvic infections in women by the general physician.) zunächst nicht operativ vorzugehen. Applikation von Eis und Mitteln zur Schmerzlinderung genügt in der Regel. Wenn ein operativer Eingriff notwendig wird, so

empfiehlt sich im akuten Stadium die Laparotomie nicht, sondern statt dessen die vaginale Inzision mit Drainage.

Rebaudi (Blood platelets during pregnancy, labor, the puerperium and menstruation, and the new-born.) hat das Verhalten der **Blutplättchen** während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Menstruation sowie beim Neugeborenen untersucht und gefunden, dass gewisse konstante Veränderungen nachweisbar sind. Näheres ist im Original nachzulesen.

Kelley (ectopic pregnancy.) bespricht die Ätiologie, Symptomatologie und Diagnose der **ektopischen Gravidität**. Bezüglich der Therapie tritt er für sofortiges Operieren ein, sobald die Diagnose gestellt ist, ganz gleich, ob die Ruptur der Tube bereits erfolgt ist oder nicht. Er bevorzugt die abdominale Operation gegenüber der vaginalen. Beschreibung von 21 von ihm operierter Fälle.

Eddy (Heart complications in scarlet fever.) macht darauf aufmerksam, wie häufig **Scharlach mit Herzerkrankungen** kompliziert sei. Er gibt Ratschläge über die Prophylaxe und die Therapie derselben. —

In der Korrespondenz finden sich zwei kurze Artikel über polycystic lutein degeneration of the ovaries und über asepsia and not asepsia. —
Burckhardt - Würzburg.

The conservative medical treatment of salpingitis. J11, E. J.

The american journ. of. obstetr., Dezember 1907.

Bei gonorrhöischer Infektion empfiehlt J11 zur Prophylaxe der Entstehung einer Salpingitis das gründliche Auswischen von Uterus und Vagina mit 5%iger Chlorzinklösung und nachfolgender Jodoformgazetamponade der Scheide. Wenn aus dem Uterus viel Sekret entleert wird, so wird in demselben etwa 5%iges Alumnol in T. Jodi und Alkohol aa. gelöst injiziert. Bei akuter Salpingitis wird ein Eisbeutel aufgelegt und, wenn die Schmerzen nicht nachlassen und das Fieber anhält, das Scheidengewölbe mit Kantharidenkollodium ausgepinselt und ein Wattebausch eingeführt, der nach vier Stunden entfernt wird; sodann werden heisse Vaginalspülungen vorgenommen. Am nächsten Tage wird die Scheide mit Lugolscher Lösung ausgewischt und ein Glyzerintampon eingelegt, was öfter wiederholt wird. Event. kann ein Zuggpflaster auf die Haut des Abdomen aufgelegt werden. In späteren Stadien kann mit Massage und Belastungstherapie begonnen werden. Als bestes Prophylaktikum gegen Entzündung der Tuben nach septischer Endometritis empfiehlt J11 die Anwendung von Alkohol.
Burckhardt - Würzburg.

On two cases of abdominal section for trauma of the uterus.

Von **Sutton**, J. B. The american journal of obstetr., Dezember 1907.

Sutton beschreibt zwei Fälle, in denen bei der Dilatation des Uterus mittelst Metalldilatatoren dieser perforiert wurde; bei der Gelegenheit fielen Darmschlingen bis in die Scheide vor und wurden in einem Fall abgeschnitten. Beide Male wurde die Laparotomie gemacht, das eine Mal der Darm genäht und die Perforationsöffnung

im Uterus geschlossen, das andere Mal der Uterus amputiert. Beide Kranke genasen. (Die Fälle von instrumenteller Perforation des Uterus mehren sich immer mehr. Es kann nicht genug gewarnt werden vor unvorsichtiger Anwendung von Instrumenten im Inneren der Uterushöhle, besonders vor Benützung der Kornzange zur Ausräumung von Aborten. Ref.) Burckhardt - Würzburg.

Primary squamous-celled carcinoma of the body of the uterus. Von Norris, C. C. Ibidem.

Norris beschreibt einen der seltenen Fälle von primärem Plattenepithelkarzinom des Fundus uteri; dasselbe zeichne sich durch rapides Wachstum und frühzeitige Metastasenbildung (in Scheide und Ovarium zuerst) aus. Trotz Operation ging die Trägerin bald zu Grunde. Burckhardt - Würzburg.

A case of deciduoma malignum. Von Vance, A. M. Ibidem.

In dem von Vance beschriebenen Fall traten bei einer jungen Frau im Anschluss an einen zweiten Abort starke Blutungen auf; ein Probekurettement ergab das Vorhandensein eines malignen Deziduoms. Nach Totalexstirpation des Uterus erfolgte Heilung. Auffallend waren die ungemein starken Blutungen.

Burckhardt - Würzburg.

Intraabdominal torsion of the omentum without hernia.

Von Skeel, R. E. Ibidem.

Einen der seltenen Fälle von Torsion des Netzes ohne Vorhandensein einer Hernie beschreibt Skeel. Die Erkrankung begann unter dem Bilde der Appendizitis, jedoch traten die Symptome mit Intervallen auf, dabei bestanden Diarrhöen. Erst die Operation gab Aufschluss über die wahre Natur der Erkrankung. Die Operation bestand in Unterbindung und Abtragung der torquierten Partie. Glatte Heilung.

Burckhardt - Würzburg.

Nymphomania as a cause of excessive venery. Von Frederick, C. C. Ibidem.

Unter Nymphomanie versteht man bekanntlich ein extrem ausgesprochenes Bedürfnis nach geschlechtlichem Verkehr bei Frauen; die davon befallenen Frauen scheuen kein Mittel das ihnen zur Befriedigung ihres Triebes dienen kann. Sehr häufig geht Masturbation voraus. Drei derartige Fälle beschreibt Frederick. Therapeutisch steht man in der Regel dieser Erkrankung machtlos gegenüber.

Burckhardt - Würzburg.

Die fehlerhaften Flexionen und Versionen des Uterus. Von Dr. Bäcker. Ungar. med. Presse, Nr. 20, 1907, pag. 4.

Verf. unterscheidet scharf zwischen fehlerhaften Lagen im anatomischen und im pathologischen Sinne. Die Lageanomalie des Uterus kann sich in unzähligen Formen äussern, in allen möglichen Stellungen der Ante-, Retro-Latero-versio-flexio. Die Flexio ist das Verhältniss des Korpus zum Mutterhals, die Versio das Verhältnis

des Uterus zur Vagina. Unter allen Verlagerungen ragt als selbständiger Typus bloss die pathologische Ante- und Retroflexio hervor. Die pathologische Anteflexio ist diejenige Lage des Uterus, bei welcher derselbe im spitzen Winkel der Blase aufliegt. Diese Lage setzt eine Erschlaffung oder gar Atrophie des Muskelgewebes voraus, und wird heutzutage die Knickung nach vorne nicht mehr mit Pessarien, sondern mit roborierendem Verfahren behandelt. Die einfache Retroflexio kann für manche Frauen die normale Uteruslage bedeuten, insofern deren Geschlechtsleben überhaupt keine krankhaften Symptome erkennen lässt. Wie häufig solche primären, mobilen Retroflexionen sind, das können wir nicht ahnen. Vom praktischen Standpunkt aus aber interessiert uns mehr jene grosse Gruppe der Lageanomalien des Uterus, welche die Folge von Entzündungsprozessen des Uterus sind, also die sekundären Verlagerungen des Uterus. Durch Exsudate kann zwischen dem Uterus und den Nachbarorganen eine totale oder partielle, eine flächenartige oder bandartige Verklebung zustande kommen. Eine grosse Zahl der sekundären Deviationen wird durch die entzündlichen Prozesse der Tuben und Ovarien, die „Tumores adnexium“ verursacht. Die Therapie muss sich stets gegen das primäre Leiden, weniger gegen eine sekundäre Deviation als solche richten. Die Deviation kann durch Torsion der Blutgefässe die Ernährung des Uterus stören und Hyperämie, Ödem, Schmerzen in der Kreuzgegend, Fluor, Menorrhagie, Dysmenorrhöe, Schwellung und Erhärtung des Uterusgewebes herbeiführen. Die weitere Folge kann Endometritis sein, welche sich später auch auf das Myometrium und Perimetrium erstreckt. Daraus entwickelt sich eine Exsudation und dadurch eine Lageanomalie des Uterus. Auf diese Weise entstehen die fixierten Deviationen, welche ihrerseits lokale Schmerzen, Blähung, träge Darmtätigkeit, Kardialgie, nervöse Dyspepsie etc. hervorrufen. Dieselben Veränderungen und Symptome treten zu Tage, wenn die Krankheit in umgekehrter Reihenfolge auftritt, d. h. wenn die Tuben und Ovarien primär erkranken.

Um mit Sicherheit zu unterscheiden, ob eine Flexion mobil oder fixiert ist, bedarf es oft der Chloroformnarkose. Fixation der Gebärmutter in einer Laterodeviation weist fast ausnahmslos auf eine Adnexerkrankung hin und mahnt uns zur grössten Vorsicht in Bezug auf Prognose und Therapie. Alsdann ist auch eine bimanuelle Untersuchung mehr am Platz als eine Sondeneinführung, welche latente eitrige Prozesse wieder aufflammen machen kann. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Einwanderung einer bei einer Laparatomie vergessenen Arterienklemme in die Blase. Von Prof. Dr. Stoeckel.
Z. f. G. Nr. 37, pag. 1105, 1907.

Dem Fall vom vergessenen Gazetupfer, den Verf. aus der Blase extrahierte, ist er alsbald in der Lage, einen solchen von einer vergessenen Arterienklemme folgen zu lassen. Derselbe betrifft eine 22 jährige Frau, die wegen Darmverschlingung Oktober 1906 laparotomiert worden war. Acht Monate nach derselben traten starke Schmerzen und Beschwerden beim Wasserlassen auf. Verf. stellte

kystoskopisch und durch Röntgenbild den Fremdkörper in der Blase fest und entfernte den Gegenstand auf dem Wege der Kolpokystotomie. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Blastomyzeten und Entzündung der weiblichen Genitalien.

Von Dr. Th. H. v a n d e V e l d e. Z. f. Ggn., Heft 38, 1907, pag. 1135.

Die Literatur über Blastomyzeten in den weiblichen Genitalien ist eine dürftige. Verf. traf bei seinen Untersuchungen spezieller Art bis zum 1. Mai 1907 im ganzen bei 77 Patientinnen mit Entzündungen Blastomyzeten, welche sich in 24 Fällen auf vielen Nährböden weiter züchten liessen. Dagegen fand v. d. V e l d e in gesunden Genitalien niemals Blastomyzeten an. Meist handelte es sich dabei um akute Entzündungen der Zervixschleimhaut mit Kolpitis und Vulvitis. Als Ätiologie ist die Ausspritzung der Scheide oder Auswaschung der Vulva mit verunreinigtem Wasser anzusehen. Auf Männer übertrug sich der Krankheitsprozess in Form einer Balanitis. Auch trat bei einer Frau eine typisch beginnende Mastitis auf. Die abgelassene Milch enthielt Blastomyzeten und das Kind litt an grünen Durchfällen. Das Bestehen einer chronischen Gonorrhöe scheint das Zustandekommen einer Blastomyzeteninfektion zu begünstigen. Auch die Schwangerschaft scheint für die Ansiedelung von Hefen in der Vagina und der Zervix einen guten Boden darzubieten. Doch kam es als weitere nachteilige Folge nur bei 2 solcher Frauen zu einer leichten Zystitis mit Harn, der Hefen in Reinkultur enthielt. Es sind jedoch weitere Schädigungen denkbar, denn 2 mal fand sich eine Saktosalpinx mit eingedicktem, nur Blastomyzeten und Zellendetritus enthaltendem Eiter. Desgleichen fanden sich Hefen im zersetzten Fruchtwasser, was für die rasche Verbreitung derselben spricht, und aus dem Venenblut einer an Puerperalfieber gestorbenen Frau konnte Verfasser Blastomyzeten züchten. Akute Vulvitis und Kolpitis bei jungen Mädchen und kleinen Kindern mit Hefenbefund beobachtete derselbe des Ferneren, desgleichen eine Bartholinitis und einen von miliaren Abzessen durchsetzten Uterus. Zwei Fälle war der Verf. genötigt als reine Blastomyzetensepsis anzusprechen. Hierzu kommen noch eine Reihe gemischter oder unklarer Fälle, doch ist das Nachgewiesene hinlänglich genug, um das lebhafteste Interesse aller Forscher auf derartige Gebärmutterkatarrhe und alles drum und dran hinzulenken. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ueber Uterusperforation. Von Prof. Dr. v o n B r a u n - F e r n w a l d. Z. f. Gyn. Nr. 39, pag. 1161, 1907.

Jedes Instrument, welches in das Uteruskavum eingeführt wird, kann gelegentlich eine Perforation herbeiführen, selbst vorsichtige Sondierung. Auch bei der Dilatation des Zervikalkanals kann es zur Perforation kommen z. B. durch die Spitze des Laminariastiftes. Gleichfalls die Kürette vermag eine Perforation zu verschulden, besonders aber die Kornzange bei Ausräumung von Abortusresten. Daher ist hier die ledige Anwendung des Fingers rätlich, wenigstens für den Praktiker. Ebenso sind mit dem Spülkatheter Perforationen

herbeigeführt worden, desgleichen bei der Zystokausis, elastischer Bougie und zahlreichen spitzen Instrumenten behufs Abtreibungsversuchen.

Oft liegt eine Prädisposition der Gewebe vor, durch Schwangerschaft, myomatöse Entartung, Ödem etc., ferner durch toxische Lähmung, Allgemeinerkrankungen, wie Tuberkulose, Herzleiden etc. Tubensondierung und Relaxion der Uterusmuskulatur können Perforation vortäuschen. Doch soll man, wenn ein Instrument zu tief eindringt, nicht sowohl an die Möglichkeit einer Atonie denken, als vielmehr an eine Perforation und dementsprechend verfahren. Als Folge einer Perforation kann es zu einer permanenten Metroperitonealfistel kommen.

Die Therapie hängt wesentlich von der Grösse der Perforation ab. Bei aseptischen Verhältnissen genügt Ruhelage und Beobachtung, zunächst solche auch in unreinen Fällen. Bei bedrohlichen Symptomen jedoch ist Totalexstirpation und Drainage des Beckenraumes geboten. Bei Verdacht einer Perforation ist von jeder intrauterinen Spülung abzusehen. Besteht der leiseste Verdacht einer Darmverletzung, so ist unbedingt die Laparotomie erforderlich. Warten heisst hier zu spät kommen. Die Gefahr der Exkochleation wird im allgemeinen unterschätzt. Die Praktiker sollten diese lieber im allgemeinen dem Spezialisten überlassen, da es sich meist nicht um dringliche Fälle handelt. Anders freilich beim Abort, aber hier sollten, wenn irgend möglich die Finger genügen oder eine Gazestopfung gemacht werden, wenn der Muttermund noch nicht genügend erweitert ist. Der geübte Operateur kann beliebige Instrumente gebrauchen, für ihn liegt die Kunst nicht in diesen, sondern in seiner Hand. —

Freudenber g - Dresden.

Zur Behandlung der Dysmenorrhöe von den Brustdrüsen

aus. Erwiderung auf den gleichnamigen Artikel des Professors H. W. Freund in Strassburg (M. med. Woch. Nr. 43, 1907. Von Dr. Oskar Polano, Privatdozent und Oberarzt an der Würzburger Universitätsklinik. Münch. med. Woch., Nr. 47, 1907, pag. 2335.

Freund bestreite zu Unrecht, die Möglichkeit eines Antagonismus zwischen Ovarium und Brustdrüse. Die von F. behauptete Ovulation während der Gravidität widerspreche durchaus den gewöhnlichen anatomischen Befunden. Ovulation und Korpus-luteumbildung kommen nacheinander, nicht nebeneinander vor, ebenfalls nach allgemeiner Annahme Ovulation und Menstruation. Von einer Koordination könne man daher kaum reden, eher von Ursache und Wirkung, was jedoch den von F. abgelehnten Begriff des Antagonismus nicht ausschliesse.

Zum Entscheid der Wechselbeziehungen zwischen Keimdrüse und Mamma gelte es die Fragen zu beantworten: Gibt es Beobachtungen, die eine Einschränkung oder Behinderung der Ovulation durch gesteigerte Brustdrüsenfunktion, eine Behinderung der Laktation durch die Ovulation oder eine Steigerung der physiologischen Leistungen eines dieser Organé nach Beseitigung der andern feststellen lassen?

Lautet die Antwort: „Ja“, so besteht die Beziehung „Antagonismus“ in gewissem Sinne zurecht.

Nun pflegt 1. die Menstruation in der Regel während des Stillens zu sistieren. Dieser Vorgang ist durchaus kein einfach uteriner. 2. Während einer längeren Laktation kann nicht nur Atrophie des Uterus, sondern auch solche der Ovarien eintreten, als ein koordinierter Vorgang ausgehend von der gemeinsamen Ursache der Brustdrüsenleistung. 3. Tritt während des Stillens trotzdem Ovulation wieder ein (Periodeneintritt), so erlischt nicht selten die Sekretion der Mammae, mindestens erscheint diese herabgesetzt. 4. Durch Entfernung der Ovarien wird die Laktation gesteigert, was die Landwirtschaft vielfach verwertet. 5. Auch beim Menschen hindert die Entfernung des Uterus und der Eierstöcke keineswegs die Milchproduktion, steigert sie vielmehr.

Über das innere Wesen dieser sich durch Obiges aussprechenden Wechselbeziehung vermag Verf. entsprechend dem über die eigentliche Ursache aller dieser physiologischen Vorgänge herrschenden Dunkel nichts Näheres zu sagen, doch denkt er mehr an einen biologisch-chemischen als einen rein nervös-reflektorischen Zusammenhang.

Was das Verfahren selber angeht, so hält P. den Hinweis F.'s auf Hippokrates für verfehlt und den F.'schen Ausdruck: „schmerzhafte Dysmenorrhöe“ mit Recht für eine Tautologie. Der Schmerz in das Charakteristische, das Verhalten des Blutes komme dabei nicht in Betracht. Dagegen befindet er sich bezüglich der Beeinflussung der Periode durch die Brustdrüsenstauung in erfreulicher Übereinstimmung mit F., nicht jedoch bezüglich der Deutung als Suggestionswirkung, worüber die weitere Erfahrung entscheiden werde. Es gehe nicht an, einen therapeutischen Effekt, den wir nicht genau erklären können, einfach als Suggestion zu bezeichnen, ebensowenig wie ein Schmerz, für den wir heute noch kein klinisches Substrat haben — und das ist bei der Dysmenorrhöe vielfach der Fall — schlechtweg als hysterisch bezeichnet werden darf. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Indikationen für die therapeutische Gebärmutterausschabung. Von Dr. Skeel. The Cleveland med. journ., Oktober 1907. Bespr. Revue de théér. méd. chir. Nr. 22, 1907, 15. November, pag. 785.

Für den Verf. gibt es nur eine zwingende Indikation für das Uteruskürettement, die Abtragung von intrauterinen Wucherungen, welche Blutungen hervorrufen. Sterilität, Hämorrhagie bei Uterustumoren k ö n n e n noch Indikationen sein, doch stehen sie als solche weniger fest. Für gewöhnlich aber wird in der Praxis die Uterusausschabung ohne wirkliche Rechtfertigung vorgenommen, da man sie für harmlos hält.

Die Suggestion spielt bei den durch diesen Eingriff erzielten Resultaten eine erhebliche Rolle. Man kann von den die Operation begleitenden Massnahmen, dem Ernährungsregime, der Bettruhe, der vollständigen Veränderung in der Umgebung der Kranken etc. etc. fast dasselbe sagen.

Viele Fälle, deretwegen man zur Kürette zu greifen pflegt, gehören in das Gebiet der Allgemeinbehandlung oder einer neuropathologischen.

In der Geburtshilfe hat die Uterusausschabung eine scharfe und klare Indikation, die Beseitigung des Schwangerschaftsproduktes oder der Reste eines unvollständigen Abortes oder nach dem Abort resp. der Geburt die Herausschaffung alles dessen, was der Finger nicht zu erreichen imstande ist.

Im Beginn einer puerperalen Infektion kann das Kürettement schädlich wirken, gewöhnlich aber erweist es sich als nützlich. Später dagegen ist es direkt kontraindiziert.

In der Gynäkologie ist es indiziert bei der Endometritis hämorrhagica seu polyposa, die sich durch Blutungen manifestiert. Die Mehrzahl aller Frauen jedoch, denen diese Behandlung zu teil wird, gehörten in das therapeutische Bereich der internen Medizin. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die chronische Torsion und die unvollständige Torsion des Annexstieles. Von Dr. Lejars. Clin. chir. in Sem. méd. (17. Juli 1907); besprochen Revue de théér. méd. chir. Nr. 16 (15. Augst 1907), pag. 572.

Verf. hat eine Anzahl von Fällen nach meist glücklichen Operationen zusammengestellt, aus denen hervorgeht, dass die plötzliche und akute Torsion, die bislang allein gründlich studiert worden ist, keineswegs das einzige Vorkommnis darstellt, das in der Bauchhöhle bei Tumoren gestielter Art vorkommt. Ist das genannte Vorkommnis aus den es begleitenden Symptomen leicht erkennbar, so gilt von der schleichenden, chronischen und bisweilen unvollständigen Torsion durchaus nicht das Gleiche. Die letztere kann eintreten, ohne dass sich erhebliche Schmerzen und sog. peritonitische Anzeichen einstellen. Diese Neigung der Tumoren, sich fortschreitend zu torquieren, ruft Veränderungen der Konsistenz und selbst des Sitzes hervor, die sich recht lange der Diagnose zu entziehen imstande sind. Als häufigsten Irrtum der angegebenen Art bezeichnet L. eine Verwechslung von Eierstockskysten mit torquiertem Stiel mit Fibromen. Es gibt in der Tat weiche Fibrome, welche durch die gleichen klinischen Anzeichen polykystöse Tumoren vortäuschen. Der Verf. gibt die hauptsächlichsten Symptome an, welche auf den rechten Weg zu leiten und uns zum Entschluss zu einem operativen Eingriff zu bewegen geeignet sind, welch letzteren man sonst vielleicht in dem Gedanken, auf ein inoperables, bösartiges Neoplasma zu stossen, hinausgeschoben hätte. Denn man sieht oft alte Torsionen dieser Bauchbeckengeschwülste das Wesen einer Neubildung annehmen. L. erklärt auf das Bestimmteste auf Grund eigener Beobachtungen, dass die Temperatur stets, wenn eine Stieldrehung vorliegt, nur wenig erhöht ist; oft fehlt Fieber völlig, desgleichen die Peritonealreaktion. Handelt es sich dagegen um in das Uterusgewebe eingepflanzte Fibrome, so hat man mit Hämorrhagien oder Metrorrhagien zu rechnen und die Dimensionen der Gebärmutterhöhle zu messen. Torquierte Kysten bieten bei eingehender Untersuchung fluktuierende

Zonen dar, gespannte Flächen, die den Eindruck einer mit Flüssigkeit gefüllten Tasche machen. Ihr Umfang ist beträchtlicher als derjenige der bösartigen Neubildungen des Uterus und der Adnexe. Schmerzhaftige Krisen von längerer Dauer finden sich häufig bei genauer Aufnahme der Anamnese erwähnt. Durch eine Zusammenfassung dieser verschiedenen Daten kann der Chirurg dazu gelangen, dass er, wenn auch nicht eine präzise Diagnose stellen, so aber doch wenigstens an den Eintritt einer Stieltorsion denken und demgemäss der Kranken die Wohltat einer radikalen Behandlung zuteil werden lassen wird. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Styptol bei Uterusblutungen. Von Dr. Cuthbert Lockyer vom Samaritan Free-Hospital for Women etc., London. Zentralblatt f. d. ges. Therapie, Heft 12, Dez. 1907.

Das Styptol erwies sich als gutes Mittel gegen Dysmenorrhöe; von neun Fällen wurden sieben Patienten von ihren menstruellen und ovarialen Schmerzen befreit, zwei nicht. Einer der Misserfolge betraf einen infantilen Uterus, der andere eine Dysmenorrhoea membranacea.

Bei Neubildungen wandte der Verf. das Styptol in sieben Fällen an; in 5 Fällen liessen die Schmerzen prompt nach und die Hämorrhagien hörten auf. Die zwei Misserfolge in dieser Beobachtungsreihe sind leicht begreiflich, da in dem einen Falle das Fibroid in sarkomatöser Umwandlung begriffen war, in dem anderen verhinderte eine schwere Herzaffektion den Erfolg.

Nicht minder gut waren die Ergebnisse der Styptolanwendung bei kranken Adnexen. In den frühen und milderen Stadien der tubaren und ovarialen Entzündung übt Styptol eine günstige Wirkung in der Bekämpfung der sekundären Menorrhagien aus. Dies beruht zweifellos darauf, dass solche Läsionen stets mit präexistenter Endometritis verbunden sind, und ist es die letztere, welche von dem Hämostatikum günstig beeinflusst wird. Es ist selbstverständlich, dass bei groben Veränderungen, wie z. B. Pyosalpinx und Ovarialabszess, Styptol nicht indiziert ist und nichts ausser operativem Vorgehen von irgend welchem Werte zu gelten hat.

Ganz besonders leistungsfähig ist das Styptol bei endzündlichen und kongestiven Veränderungen des Uterus. Es hat sich auch bei der Menorrhagie junger Mädchen ohne nachweisbare Abnormität bewährt und auch bei drohendem Abortus der ersten Monate, vor der Dilatation des Os uteri. Dem Mittel kommen zweifellos neben einer hämostatischen Wirkung sedative Eigenschaften zu. Styptol hat sicherlich einen wohlverdienten Platz unter den wertvollsten uterinen Hämostatizis und Sedativis errungen. —

R.

Styptol bei Uterusblutungen. Von Dr. O. Maier. (St. Marks Hospital-New-York). The american journal of obstetrics, Dezember 1907.

Maier wandte das Styptol in einigen zwanzig Fällen bei Dysmenorrhöe ohne irgendwelche mechanischen Ursachen an; er verordnete dreimal täglich 1 Tablette und begann mit der Darreichung

3 Tage vor den Menses und liess das Mittel während der ganzen Menstruationsperiode weiter nehmen. Die Ergebnisse waren in gleicher Weise erfolgreich und bestätigten die bisherigen guten Erfahrungen mit Styptol. — R.

Skopolamin-Dämmerschlaf und Spinalanästhesie bei gynäkologischer Operation. Von Dr. Gustav Klein (München).
Z. f. Gyn., Nr. 27, 1907, pag. 825.

Verf. berichtet in sehr interessanter Weise aus seiner reichen persönlichen Erfahrung über Operationen im Skopolamin-Dämmerschlaf und unter Spinalanästhesie. Er selbst fasst die diesbezüglichen Ergebnisse seiner Beobachtung in den nachstehenden Sätzen zusammen:

1. Dämmerschlaf und Spinalanästhesie sind besonders dann indiziert, wenn die Inhalationsnarkose kontraindiziert ist.

2. Dämmerschlaf und Spinalanästhesie, getrennt oder vereinigt, helfen Chloroform und Äther in der einen Reihe von Fällen ganz entbehren, in der anderen sparen.

3. Spinalanästhesie allein eignet sich in der Gynäkologie besonders für Scheiden-, Damm- und Vulvoplastiken, sowie bei Köliotomien ohne starke Zerrungen oder Verwachsungen des Uterus und der Adnexe.

4. Bei ängstlichen Kranken ist die Kombination von Dämmerschlaf und Spinalanästhesie angezeigt. — Bei notwendiger starker Zerrung des Uterus und der Adnexe, also besonders bei vaginaler Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe oder bei abdominaler Operation stark adhärenter Adnexe (Pyosalpingektomie usw.) kann zwar Inhalationsnarkose nötig sein, aber durch Dämmerschlaf und Spinalanästhesie, getrennt oder kombiniert, Chloroform und Äther erheblich gespart werden. —

Besondere Hervorhebung verdient der Umstand, dass der Verf. niemals ernste Komplikationen oder Nebenwirkungen beobachtet hat, und dass sich ferner seine Kranken auffallend besser und schneller erholten als nach langen Chloroformnarkosen. —

Freudenberg - Dresden.

Erfahrungen mit Bromural. Von Dr. J. Véosey, leitendem Arzt der Wasserheilanst. Semmering. Wiener Klin. Wschr. No. 7, Febr. 1908.

Der Verf. versuchte das Bromural in einer ziemlich grossen Anzahl von Fällen, jedoch kamen, wie dies im Wesen der Anstaltsbehandlung begründet ist, nebenbei die verschiedensten physikalisch-diätetischen therapeutischen Massnahmen zur Geltung.

Die reine Bromuralwirkung liess sich jedoch an verschiedenen Fällen beobachten, in denen aus naheliegenden Gründen die sonstige Therapie zurücktrat.

Das Bromural kam u. a. zur Verordnung bei Morb. Basedow. mit Tachykardie und Arythmie, bei Agrypnia nervosa nach vorausgegangenen starken psychischen Alterationen und Abusus in Hypnotizis, bei postklimakterischer Hysterie und bei

Sklerodermie mit Bradykardie; in letzterem Falle wurde gegen die Schmerzen jeden zweiten Tag abwechselnd Morphin injiziert. Endlich kam das Mittel noch bei Schlaflosigkeit infolge Anämie, Dysmenorrhöe usw. mit gutem Erfolge zur Verwendung.

Während nach Gebrauch anderer Schlafmittel die Patienten jedesmal morgens höchst irritabel waren, kamen derartige Nacherscheinungen bei der Bromuraltherapie niemals zur Beobachtung; auch wurde niemals Bromismus festgestellt, obgleich einige Patienten mit starker Bromakne infolge Gebrauchs von Bromalkalien in die Anstalt eintraten. Der Verf. empfiehlt die Bromuraltherapie nach folgendem Schema zu leiten:

- | | | |
|-----------------------------|--|------------------------|
| 1. Tag 0,3 g Bromural, | | 3. Tag 0,6 g Bromural, |
| 2. „ 0,6 g „ | | 4. „ Pause, |
| 5. Tag 0,3 g Bromural, usw. | | |

Die bisherigen Erfahrungen des Verf. veranlassen ihn, das Bromural auch weiterhin unbedenklich zu verwenden. — R.



Referate über Geburts- und Säuglingspflege.

Über puerperale Eklampsie. Von Patridge. The american journ. of obst., August 1907.

Unter 37 Fällen von Eklampsie hatte War eine Mortalität von 32,4%. In den letzten Jahren hat nach Ansichts des Verf. die Eklampsieforschung nichts wesentlich neues gebracht. Auch er hat den Grundsatz: „Möglichst rasch, aber möglichst schonend entbinden“.

S a m u e l - P o s e n .

Eine Würdigung des Joh. Henry. d. Garrigues, die Asepsis in die Geburtshilfe eingeführt zu haben. Von Wells.

The american journal of obstetrics, Juli 1907.

Die ersten Lichtblicke in die Erkenntnis des Puerperalfiebers waren die Arbeiten von Holmes und Semmelweis.

Im Oktober 1883 übernahm Garrigues die geburtshilfliche Abteilung des New-York Maternity Hospitals. Im September starben noch von 10 eingelieferten Frauen mindestens eine, und viele überstanden schliesslich ein langes Krankenlager. Mit Antritt seiner Stellung erliess Garrigues sehr exakte Vorschriften über Asepsis und Antisepsis. Hierdurch erreichte er, dass von den 97 Frauen, welche in den nächsten 3 Monaten zur Aufnahme gelangten, nicht eine mehr erkrankte, viel weniger noch starb.

S a m u e l - P o s e n .

Über Extrauterin gravidität mit spezieller Berücksichtigung der Behandlung der Tubenruptur. Von Robb. The american journ. of obst., Juli 1907.

Ausgehend von der Frage: „Exspektative oder operative Behandlung?“ kommt Verf. zu dem Schlusse, dass jeder Fall für sich beurteilt werden muss. Von den meisten Autoren werden ja die Fälle operiert, welche, ohne bedrohliche Erscheinungen gemacht zu haben, schon früh erkannt werden. Dagegen sehr verschieden sind die Ansichten, ob man eine Patientin, welche sich infolge einer Tubenruptur im Kollapse befindet, operieren soll oder nicht. An der Hand von 20 Fällen zieht Verf. die Schlussfolgerung, man soll nie gleich im Schock operieren, sondern stets so lange warten, bis die Patientin sich erholt hat. Verf. will erst dann operieren, weil er die Ansicht hat, dass, wenn einmal eine Frau durch grossen Blutverlust stirbt, auch durch sofortige Operation dies nicht abgewendet werden kann. Zur weiteren Stütze seines Behandlungsplanes experimentierte Verf. an Hunden. Er durchschnitt, in 13 Fällen diesen die Beckenarterien, mehrmals sogar doppelseitig, ohne dass er hier einen Verblutungstod erzielen konnte.

S a m u e l - Posen.

Myofibroma complicating pregnancy, hysterectomy. Von J11, E. J. The amer. journ. of obstetr., Dez. 1907.

Komplikationen von Gravidität mit Myomen sind im grossen und ganzen nicht so sehr selten. Wenn die Tumoren die Geburtswege nicht verlegen, so kann man das normale Ende der Gravidität abwarten und sieht in der Regel glatten Geburtsverlauf. J11 operierte im zweiten Schwangerschaftsmonat einen Fall mittelst supravaginaler Amputation. (Wenn der Tumor nicht so gross ist, dass er bei weiterem Wachstum des Uterus Verdrängungserscheinungen macht, so wartet man besser bis zum Ende der Gravidität, entbindet die Frau mittelst Kaiserschnittes und trägt dann den Uterus ab; auf diese Weise wird dann wenigstens das Leben eines Kindes gerettet, da die Mutter später nicht mehr konzipiert. Ref.) —

B u r c k h a r d - Würzburg.

A case of puerperal eclampsia. Von Lippold, W. E. The amer. journ. of obstetr., Dez. 1907.

Zwillingsgeburt mit Eklampsie. Therapie: Sofortige Entbindung, Chloroform, heisse Packungen, Chloralhydrat per rectum. Da die Anfälle weiter fort dauerten, wurde Magnesiumsulphat und weiter Chloralhydrat verabreicht, worauf die Anfälle sistierten. —

B u r c k h a r d - Würzburg.

Beitrag zur Kasuistik des vaginalen Kaiserschnitts bei Eklampsie, Placenta praevia und Karzinom des schwangeren Uterus. Von Büttner (Rostock). Beitr. z. Geb. u. Gyn. 11. Bd., 3. Heft.

Anknüpfend an die Tatsache, dass die Eklampsie selbst innerhalb des Deutschen Reiches nicht unbeträchtliche Frequenzverschiedenheiten zeigt, derart, dass sie im Süden im allgemeinen seltener ist,

glaubt B. auch annehmen zu dürfen, dass sie dort schwerer auftritt, die Fälle oft von vornherein dem Tod verfallen sind, wo sie selten auftritt (z. B. in Württemberg). Im Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin gibt es jährlich 40—45 Eklampsien, von denen ca. der 5. Teil von der Rostocker Klinik behandelt wird.

In den letzten 12 Jahren wurden genau 100 Eklampsiefälle behandelt, von denen 29 (mit durchschnittlich 9,8 Anfällen pro Fall) reine Postpartum-Eklampsien waren. Letztere Zahl ist höher als die anderer Statistiken. Aber in Mecklenburg ergeben sich auch bei Betrachtung des gesamten Landesmaterials 30 % reine Wochenbettseklampsien.

Von den anderen Fällen dauerte in 35,4 % der Gesamtfälle (69 Fälle mit 459 Anfällen vor und 252 nach der Geburt) die Eklampsie nach beendigter Geburt noch an. 15 % starben, mit durchschnittlich 21,3 Anfällen pro Fall (die am Leben gebliebenen hatten nur 8,29 pro Fall).

Die Behandlung war früher wesentlich exspektativ, erst in letzter Zeit im Sinne der Bumm'schen Klinik aktiv. Bei schweren Fällen wurden stets Metreuryse oder Zervixinzisionen oder Bossi gebraucht. Der Dührssen'sche Grundsatz „Entbindung nach dem 1. Anfall“ wurde nicht befolgt, 1. um nicht unnütz oft zu operieren und 2. weil es eine Eigentümlichkeit der Eklampsie in Mecklenburg zu sein scheint, dass nach der Entbindung die Krämpfe so oft fortbestehen, der Erfolg der Geburtsbeendigung ein zweifelhafter ist.

Es folgt der Bericht über 5 durch vaginalen Kaiserschnitt entbundene Eklampsie-Fälle (Juli 1905 — September 1906), von denen 4 für die Mutter günstig verliefen. In dem tödlichen Fall wurde nach dem 5. Anfall operiert, es folgten noch 16. B. tritt jetzt für aktives Vorgehen ein. „Wer heutzutage bei der Eklampsie abwartet, gerät ins Hintertreffen.“ Zurzeit lässt es sich ja leider noch nicht entscheiden, welche Fälle besser aktiv, welche besser abwartend behandelt werden sollen. Für das Verfahren der Zukunft hält B. deshalb die Schnellentbindung noch keineswegs.

Es folgt die Beschreibung zweier Fälle von vaginalem Kaiserschnitt und zwar einmal bei Placenta praevia: die Möglichkeit kombinierter Wendung bestand noch nicht, die Tamponade versprach zu geringen sicheren Erfolg, und die Frau wünschte sehnlichst ein lebendes Kind. Die Wendung nach Kolpo-Hysterotomia anterior ergab ein lebendes Kind. Verf. hält die mütterliche Mortalität beim vaginalen Kaiserschnitt für mindestens nicht grösser als bei der bisherigen schulgerechten Behandlung, die noch immer 8—10 % Mutterverluste aufweist (vergl. den entgegengesetzten Standpunkt vieler Autoren, z. B. Zweifel's. D. Verf.).

Bezüglich der Technik empfiehlt B. dringend die Drainage des präzervikal entstehenden toten Raumes, da er sonst das Entstehen einer Retroversio uteri (in 4 Fällen beobachtete er diese, in denen er nicht dranierte) befürchtet.

Einen radikalen vaginalen Kaiserschnitt machte B. bei einer 31 jährigen X p., bei der eine Schwangerschaft 8. Monats mit

Portiokarzinom kombiniert war. Guter Verlauf. Nach $\frac{3}{4}$ Jahr noch rezidivfrei. —
Peters - Dresden.

Beitrag zur Behandlung der Eklampsie im Wochenbett nach

Bumm. Von Dr. Strempel, Frauenarzt in Posen. Z. f. Gyn., No. 43, 1907, pag. 1335.

Der Fall, den Verf. beschreibt, wird von ihm selbst als einer der schwersten bezeichnet, den er in Berlin und Posen gesehen hat. Trotzdem endete derselbe günstig. Die getroffenen Massnahmen bestanden in sofortiger Entbindung und folgenden Anwendungen: Zwei Muttermundinzisionen bis zum Scheidengewölbe, hohe Zange, Credé, Scheidentampon, 1,0 Sekakornin. Bei stockender Atmung während des Anfalles: Künstliche Respiration und Abklatschen mit kaltem Wasser, abwechselnd $\frac{3}{4}$ Stunden lang; 2,0 Chloralhydrat per clysm, 1 $\frac{1}{2}$, Spritze Kampferöl (10 %), Coffein. natr. salicyl. 5,0, Aqu. dest. ad 10,0 zwei Spritzen; schliesslich Kochsalzinfusion 600 cc; Herzmassage und dauerndes Abklatschen mit Eiswasser, Schlagen der Herzgegend mit nassen Tüchern etc. Unter solchen intensiven Bemühungen gelang stets die Wiederbelebung und schliessliche Lebenserhaltung. Erst am Morgen des 4. Tages wurde das Sensorium völlig frei. Bei jeder anderen Behandlung, speziell bei Schwitzprozeduren, wäre die Kranke nach der Ansicht des Verf.'s verloren gewesen. Er selbst zieht aus diesem Fall den Schluss, dass Schnellentbindung und die ausgiebige Anwendung der von Bumm empfohlenen Massnahmen in Zukunft sicherlich die Sterblichkeit der Eklampsie auf das möglichste Minimum herabdrücken werden, wenn diese Behandlung nur von allen Ärzten zielbewusst und ausgiebig genug angewendet werde. Bei Anspannung aller Kräfte sei diese Behandlungsart, wie der vorstehende Fall beweise, auch in der kleinsten Privatklinik durchführbar. —

Freudenberg - Dresden.

Beitrag zur Lehre vom Acardiacus amorphus. Von Hunziker (Zürich). Beitr. z. Geb. n. Gyn. 11. Bd. 3. Heft.

Die typischen Fälle der Amorphi globuli gehören zu den grossen Seltenheiten. Eine solche der Züricher Frauenklinik zugeschickte Missgeburt wird eingehend beschrieben. Der Mitzwilling, welcher stets beim Vorhandensein eines herzlosen Fötus als Nährquelle da sein muss (Anastomosensbildung zwischen den Plazentar- oder Nabelschnurgefässen der beiden Früchte), war im vorliegenden Falle ein vollständig normal entwickelter, ausgetragener Knabe. Erst nach der Geburt desselben, wie es meist zu geschehen pflegt, wurde die 300 g schwere Missgeburt ausgestossen.

Die Akardie ist im vorliegenden Falle wahrscheinlich auf eine primäre fehlerhafte Anlage zurückzuführen. Während einzelne Organe sehr gut und normal entwickelt sind, ja das normale Ende der Entwicklung erreichten, wie in diesem Falle die Haut mit ihren Drüsen und Haaren, ferner die Niere, blieben daneben Organe, die offenbar nicht unter schlechteren Ernährungsbedingungen standen, z. B. Knochen-

partien und Gehirnanlage, zu denen grosse und zahlreiche Gefässe gingen, ganz rudimentär und formlos.

Man sieht, dass einzelne Organe und Gewebsarten eine gewisse Selbständigkeit in der Entwicklung zeigen, sich für sich entwickeln, aber es fehlt die normale Korrelation der Organe und Gewebe untereinander, es fehlt, was wir bei der Entwicklung des normalen Fötus bewundern: „Dass alles sich zum Ganzen webt, eins in dem andern wirkt und lebt.“ Solche Keime wären als Einlinge wohl sicher als Abort abgegangen, hätten sich nicht weiter entwickelt, wenn sie nicht durch Anastomosen mit einem lebenskräftigen Zwilling erhalten geblieben wären. —
Peters - Dresden.

Die Hämaturien der Schwangerschaft. Von Dr. Vitoux (Thèse de Paris 1907). Bespr. *Revue théér. méd. chir.*, No. 10, 15. Mai 1907, pag. 357.

Schwangerschaftshämaturien entstammen bald der Niere, bald der Blase. Im allgemeinen sind sie selten, und konnte Verfasser nur 21 Beobachtungen sammeln.

Die Nierenhämaturien können sich in jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft einstellen, selbst noch während der Stillungsperiode (1 Fall); am öftesten jedoch treten sie zwischen dem 4.—6. Monat auf. Der Bluterguss ist meist ein sehr reichlicher; bisweilen erscheinen sogar Klumpen. Die Dauer ist eine unterschiedliche und kann (kontinuierlich oder intermittierend) Monate lang anhalten. Es können gleichzeitig Symptome von Kystitis und renaler Hypermegalie bestehen. Die Prognose ist eine wechselnde; bedenklich wird sie bei grösserem Blutverlust. Es hat den Anschein, als ob die Kompression der Blutgefässe durch den schwangeren Uterus keine hinlängliche Erklärung für das Zustandekommen dieser Erscheinung bieten könnte, und daher möchte man wohl annehmen dürfen, dass ihr Auftreten an eine hepato-renal Insuffizienz geknüpft ist. Demnach würde es sich also um eine Hepato-Toxämie handeln. Ist die Blutung nur eine leichte, so besteht die Behandlung in exspektativem Verfahren. Unter Umständen kann sich eine Indikation für die Einleitung des künstlichen Abortus ergeben, um die Blutgefässe zu entlasten (Chiaventone). Der Autor erachtet jedoch die Nephrotomie und Nierenentkapselung ohne Unterbrechung der Schwangerschaft für das Verfahren der Wahl.

Die Blasenhämaturien sind noch seltener als die vorgenannten. Sie verdanken ihre Entstehung fast stets einem Bersten von Blasenvarizen, wie dies mehrfache kystoskopische Untersuchungen dargetan haben. Oft ist die Gelegenheitsursache ein Trauma oder eine Überanstrengung. Die variköse Hämaturie kann indes gleichfalls wie die vorhergehende mit einer Hepato-Toxämie in Verbindung stehen. Zu einer aktiven Behandlung wird man sich nur dann entschliessen, wenn die Blutung beunruhigend werden sollte. Alsdann bewirkt man zunächst die Aspiration der Blutgerinsel. Lässt dieses Mittel im Stich, so macht man den Bauchschnitt, um auf die blutende Stelle hämostatisch einwirken zu können. — Freudenberg - Dresden.

Zur Kasuistik der metastatischen Ophthalmie im Puerperium.

Von Dr. Feiertag. Z. f. Gyn., No. 23, pag. 661.

Verf. veröffentlicht einen der seltenen Fälle von Ophthalmia metastatica bei einer 33 jährigen VI para. Dieselbe entstand durch den Zerfall septischer Thromben im Puerperium (Endometritis septica). Endokarditis war nicht vorhanden. Da es sich um feine Embolien der kleinen Kapillaren der Retina handelte, trat die Herabsetzung der Sehschärfe nicht plötzlich sondern allmählich auf. Auch war die Krankheit einseitig und endete nach jeder Richtung hin relativ günstig. Sie trat erst gegen das Ende der 3. Woche p. p. auf. Obwohl der Beginn der Erkrankung ganz wie der einer Panophthalmitis war, kam es nicht zu einer Phthisis bulbi, sondern zu einem Durchbruch des Glaskörperabszesses nach aussen, dessen Öffnung durch Schnitt noch erweitert wurde. Pat. fühlt sich körperlich wieder ganz wohl. Eine Enukleation des erkrankten Auges ist bis jetzt nicht vorgenommen worden. —

Freudenberg - Dresden.

Über die fettige Degeneration der Gebärmutter bei Schwangerschaft.

Von Dr. Ciulla. Z. f. G. No. 37, pag. 1109, 1907.

Verf. zieht aus seinen sehr eingehenden und wissenschaftlich interessanten Ausführungen die nachstehenden Schlussfolgerungen:

„1. Von den letzten 3 Monaten der Schwangerschaft an existiert eine wahre fettige Degeneration des Uterus. Dieser degenerative Prozess betrifft nur die hyperplastischen Muskelfasern des schwangeren Uterus, indem er sie zerstört und danach einen fettigen Infiltrationsprozess in den hypertrophischen Fasern bewirkt, die auf diese Weise in ihrem Volumen reduziert werden, um in ihre normale Form und Dimension zurückzukehren.

2. Die fettige Degeneration hat am Ende der Schwangerschaft eine mässige Wirkung der aussergewöhnlichen Muskelreizbarkeit des Uterus sowohl während der Schwangerschaft wie auch bei der Geburt, und daher können wir uns mit einer übertriebenen und vermehrten fettigen Degeneration die anfänglich nötige Untätigkeit erklären, und mit der mangelnden oder fehlenden Degeneration dagegen die Fälle exzessiver Zusammenziehung und die krampfartige Zusammenziehung während der Geburtsperiode. In dem Wochenbette können wir uns mit demselben Mechanismus die Fälle von Subinvolution, sowie auch die Fälle von Hyperinvolution, des Uterus erklären.

3. Wir können bei verspäteter Schwangerschaft als hauptsächliches ätiologisches Moment die exzessive und vorzeitige fettige Degeneration anerkennen, wie beim vorzeitigen Abgang ein absolutes Fehlen dieses degenerativen Prozesses vorkommen kann.

4. Das von der fettigen Metamorphose der glatten Muskelfasern des schwangeren Uterus kommende Fett kann zum weiteren Wachstum des Fötus in den letzten zwei Monaten der Trächtigkeit beitragen und kann, durch das mütterliche Blut passierend, dazu dienen, die ersten Reserven zu bilden, welche von der Funktion der Brüste benutzt werden.

5. Das von den aktiven Involutionenprozessen der Wochen stammende Fett wird zu der Milchabsonderung benutzt.“ —
 F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ein Abort durch Röntgenstrahlen. Vorläuf. Mitteil. von M. F r ä n k e l. Z. f. Gyn., Nr. 31, 1907, pag. 953.

Indem Verf. schon jetzt einen vermittels Röntgenstrahlung im 3. Schwangerschaftsmonat bei einer Tuberkulösen herbeigeführten Abortfall veröffentlicht, will er besonders die von N e u m a n n und F e l l n e r in der Münch. med. Woch. (4. Juni 1907) geäußerten Meinungen bestätigen. In Übereinstimmung mit Prof. K. unternahm es Verf. bei einer Tuberkulösen, die durch unstillbares Schwangerschaftserbrechen rasch zu verfallen drohte, durch Röntgenbestrahlung künstlich den Abort herbeizuführen. Nach 25 Sitzungen von 5—10 Minuten erfolgt der Abort spontan unter wehenartigen Krämpfen und einer stärkeren Blutung, die nach der spontanen Ausstossung des Gesamtinhaltes sistierte. Alles Nähere will Verf. später an anderer Stelle mitteilen.

Als dann geht Verf. zur Besprechung seiner eigenen und fremder Tierversuche über. Er glaubt, dass es sich bei dem Rückgange der Trächtigkeit und Hemmnis der Fruchtentwicklung unter dem Einfluss der Röntgenbestrahlung nicht so sehr um Röntgenleukotoxinwirkung auf die Frucht handelt, sondern vielmehr um degenerative Prozesse der Ovarien und der Schilddrüse. Jedenfalls genügt Ovarienbestrahlung allein zur Tötung der Frucht bei Mensch und Tier. Aber möglicherweise spielen hierbei auch Zirkulationsstörungen durch die Röntgenstrahlen eine gewisse Rolle, wofür die oben erwähnte Blutung spricht und die vielleicht zu einer schnelleren Ablösung der Plazenta führen. Als dann betont Verf. aus theoretischen Gründen die Notwendigkeit, ehe man zur Kastration schreitet, Fälle von Osteomalakie zuvor mit Röntgenstrahlen zu behandeln. — Er selbst will in kürzester Zeit einen derartigen Fall publizieren. —
 F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zur Indikationsstellung bei den beckenerweiternden Operationen. Von Prof. Dr. M e n g e. Münch. mediz. Woch., Nr. 30, 1907, pag. 1465.

Verf. stellt die nachstehenden Leitsätze auf: 1. bei engem Becken mit einem Konjugatamasse von 5,5 cm und weniger kommt bei ausgetragenen lebenden und toten Kindern von mittlerer Grösse nur die Sectio cäsarea abdominalis in ihren verschiedenen Modifikationen in Betracht; 2. bei den engen Becken, deren Konjugatamass 5,5 cm übersteigt, kommt bei totem Kinde nur die Kraniotomie in Betracht; 3. bei den engen Becken, deren Konjugatamass zwischen 5,5 cm und 6,5 cm schwankt, kommt bei lebendem, mittelgrossen Kinde nach wie vor nur der abdominale Kaiserschnitt aus relativer Indikation in seinen verschiedenen Modifikationen in Betracht; 4. bei den engen Becken, deren Konjugatamass zwischen 6,5 cm und 7,5 cm schwankt, früher bei lebendem Kinde ausschliesslich das Feld des Kaiserschnitts aus relativer Indikation,

ist die Hebosteotomie nur dann zu machen, wenn der operativen Beckenerweiterung ein glücklicher Spontanaustritt der Frucht folgen kann (nur bei Kopflage zutreffend); 5. bei den engen Becken, deren Konjugatamass zwischen 6,5 cm und 7,5 cm schwankt, kann man (bei Kopflage) die Hebosteotomie schon zur Ausführung bringen, bevor die Anpassungsfähigkeit des Kopfes erprobt ist, also auch schon vor dem Blasensprung; denn auf eine glückliche Spontangeburt ist nicht zu rechnen; 6. bei den engen Becken, deren Konjugata das Mass von 7,5 cm und mehr erreicht (früher vielfach das Feld der künstlichen Frühgeburt, der prophylaktischen Wendung und der hohen Zange) ist immer die Spontangeburt eines ausgetragenen Kindes anzustreben; 7. bei den engen Becken, deren Konjugatamass zwischen 7,8 cm und 8 cm schwankt, ist die Hebosteotomie einer eventuellen Wendung und Extraktion am Beckenende vorzuschicken, a) wenn das Kind in Schiefelage liegt und die Wendung auf den Kopf nicht möglich ist, b) wenn neben dem vorliegenden Kopf Nabelschnur oder kleine Teile vorgefallen sind und deren Reposition nicht gelingt oder aussichtslos erscheint, und c) wenn die Frucht in Beckenendlage liegt; 8. an die Hebosteotomie ist nur dann eine entbindende Operation anzuschliessen, wenn Mutter und Kind oder beide sich in Lebensgefahr befinden und nach der Beckenerweiterung in Lebensgefahr bleiben.

Die Lehre, die uns durch die Beckenspaltung wieder neu vermittelt wird, sagt der Verfasser, die zwar uralte ist, die aber in Vergessenheit geraten war, dass ca. 80 Proz. der Kinder bei konservativer Geburtsleitung spontan und lebend durch das enge Becken hindurch treten, ohne die Mutter zu schädigen, diese Lehre muss auch für die Therapie des praktischen Arztes das Leitmotiv werden. Durch künstliche Frühgeburt und prophylaktische Wendung seien wir dem grossen Können der Natur viel zu oft in den Arm gefallen. Natürlich müsse der Praktiker bei Schiefagen und Vorfall der Nabelschnur wenden, bei Kopflagen aber solle er — falls Spontangeburt überhaupt möglich — unter Verzicht auf Kaiserschnitt, künstliche Frühgeburt, Beckenspaltung, prophylaktische Wendung und hohe Zange — die Geburt immer abwartend leiten. Besonders wichtig sei die Ausschaltung der hohen Zange. ---

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Geburtshemmnis bei Zwillingsgeburt durch Eintreten beider Köpfe ins Becken. Von Dr. Boerma - Groningen. Z. f. Gyn., Nr. 40, 1907, pag. 1201.

Dass gleichzeitig beide Köpfe ins Becken eintreten, kommt nur selten bei Zwillingen vor. Prof. Kleinwächter konnte nur 40 Fälle derart aus der Literatur sammeln. Der Verf. liefert nun aus seiner Praxis die Beschreibung eines neuen Falles als weiteren Beitrag. Er beendete die Geburt nach selbstredend erfolgloser Zangenanlegung an den tiefstehenden Kopf durch Wendung beider Kinder und entband die Mutter glücklich von diesen. Beide Kinder kamen lebend. Es ist auffallend, dass die bisher angewandte The-

rapie noch nie auf die doch so naheliegende und aussichtsreiche Wendung zugekommen ist. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Eine chirurgische Behandlung der Beckenstenose durch eine ständige Erweiterung des Beckens. Von Dr. Guido Lerda, Assistenzarzt der chirurg. Abteilung des Osped. magg. della citta di Torino. Ztbl. f. Gynäk., Nr. 1, Seite 6, 1908.

Anstatt der bis jetzt von den Geburtshelfern (wesentlich nur zur vorübergehenden Beckenerweiterung) ausgeführten Symphysiotomie und Pubotomie schlägt Verf. ein rein chirurgisches Verfahren, welches auf eine dauernde Erweiterung hinzielt, vor. Er beschreibt dasselbe wie folgt:

„Ich mache zuerst einen ca. 10 cm langen, von oben nach unten, und z. B., von rechts nach links schrägen Einschnitt in den Venushügel. Durch diese Inzision soll die Symphyse in ihrer ganzen Ausdehnung und der horizontale Ast des rechten Pubis blossgelegt werden können; die sichersten Anhaltspunkte, um die Inzision in der zweckmässigsten Weise zu machen, wird man durch eine sorgfältige vorherige Betastung der Gegend gewinnen.

Nachdem man die Haut, das Unterhautzellgewebe und die oberflächliche Aponeurose indiziert hat, sperrt man die Ränder der Wunde auseinander und legt die genannten Knochen mit den entsprechenden Muskel-, Sehnen- und Bänderinsertionen bloss, wobei man darauf achtet, dass man letztere so viel als möglich schont.

Zuerst sucht und erkennt man die Symphysenlinie, dann schreitet man nach rechts am oberen Rande des horizontalen Astes der Pubis entlang, über die Spina publica weiter, bis ungefähr zur Mitte des Dammdreiecks. Dann löst man die medialen Insertionen des Damm Muskels ab und führt mit einem Meissel einen sich durch die ganze Dicke des Knochens vertiefenden Einschnitt in den horizontalen Ast des Pubis aus, welcher so für zwei Drittel ungefähr seiner Höhe durchgeschnitten wird. Dann führt man mit dem Meissel einen, durch die ganze Dicke des Knochens sich vertiefenden Schnitt, in transversaler Richtung durch den horizontalen Ast mit dem Körper des Pubis, wobei man die Schenkelmuskelinsertionen ablöst, so dass das untere Ende des ersten Schnittes mit dem unteren Ende der Symphyse zusammentrifft. Zuletzt indiziert man das untere Ligamentum der Symphyse.

Auf diese Weise bildet man in der Symphyse eine osteoplastische Öffnung, welche eine bedeutende Erweiterung des Beckenringes gestattet, ohne dass dabei die geschnittenen Knochenteile ihren gegenseitigen Kontakt verlieren. Wenn man nämlich die unteren Glieder der Pat. auseinandersperrt, bewegen sich die zwei, durch den horizontalen Schnitt gebildeten Knochenflächen aufeinander in entgegengesetzter Richtung.

Wenn man nun die auf diese Weise erzielte Diastase fixiert und eine genügende Zeit lang immobilisiert hält, können wir mit ziemlicher Sicherheit auf ein vollständiges Zusammenwachsen der

zwei in gegenseitigem Kontakt sich befindenden Schnittflächen rechnen. Eine solche Diastase könnte man auf verschiedene Weise erzielen, und zwar entweder durch eine Schlinge metallenen Drahtes, welche in zwei, in den entgegengesetzten Stümpfen gemachte Löcher angelegt wird oder dadurch, dass man den horizontalen Ast des Pubis durch Stifte auf den unteren Teil des Körpers des rechten Pubis befestigt.

Die auf diesem Wege erzielte Erweiterung des Beckenringes ist augenscheinlich der Länge des in einem der Pubis operativ gebildeten osteoplastischen Lappens proportional.“ —

Verf. hat auf Grund von Leichenversuchen festgestellt, dass diese Operation keine schwere ist und dass sich die verhängnisvolle Hämorrhagie bei prävesikalem Plexus durch vorsichtige Ablösung des Periostes der hinteren Fläche vermeiden lässt.

Bei beiderseitiger Ausführung der Operation würde eine geradezu enorme Erweiterung des Beckens erzielt. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über eine Methode, dem Kinde künstlich Luft zuzuführen bei erschwertem Durchtritt des nachfolgenden Kopfes.

Von Dr. R ü h l. Z. f. Gyn., Nr. 31, 1907, pag. 958.

Schon lange hat den Verf. die Frage beschäftigt, ob es bei verzögertem Kopfdurchtritt nicht möglich sei, dem Kinde so lange künstlich Luft zuzuführen, als der Mund von der Aussenluft noch abgeschlossen bleibt. Er erinnert an das gelegentliche Eindringen von Luft, wie sich ein solches im intrauterinen Kindeschrei äussert. Da die Luft nur in die Amnionhöhle eindringt und somit ein Eindringen derselben in die etwa offenen Lumina der Gefässe der Plazentarestelle nicht möglich ist, so erscheint dem Verf. die künstliche Lufteinführung völlig unbedenklich. Den von ihm praktisch erprobten und in Vorschlag gebrachten Modus procedendi beschreibt er selbst folgendermassen:

„Der von mir mit Erfolg geübte Handgriff kann manuell wie instrumentell ausgeführt werden.

Am besten ist er ausführbar nach vollendeter Armlösung. Aber auch bei noch nicht beendeter Armlösung kann er ausgeführt werden.

Die manuelle Ausführung des Handgriffes gestaltet sich wie folgt:

Die der Bauchfläche des Kindes entsprechende Hand — bei nach rechts gerichteter Bauchfläche die linke und bei nach links gerichteter Bauchfläche die rechte — wird so hoch eingeführt, dass die Spitze des Mittelfingers genau auf die Nasenwurzel resp. auf den Mittelpunkt einer zwischen den beiden Augen gezogenen Linie zu liegen kommt, während zugleich die übrigen Finger auf die Processus nasales des Oberkiefers und der Fossae caninae zu liegen kommen. — Nunmehr wird von den dicht aneinander liegenden Fingern eine Rinne gebildet in der Weise, dass der Mittelfinger die tiefste Stelle dieser Rinne bildet. Alsdann werden die Finger im zweiten Interphalangealgelenk in einem Winkel

von ungefähr 45° gebeugt, während zugleich der untere Teil der Hand samt Vorderarm möglichst stark an die Bauchflächenseite des Kindes abgedrängt werden. — Gleichzeitig wird mit Zeige- und Ringfinger der anderen Hand der Nacken des Kindes gabelförmig umfasst und möglichst nach der Seite des kindlichen Rückens hingezogen.

Diese Umgreifung und Anziehung des Nackens wird, falls der Operateur weitere geburtshilfliche Eingriffe auszuführen beabsichtigt, von einem Assistenten bzw. der Hebamme ausgeführt, wobei zugleich von der zweiten Hand des Assistenten die Beine des Kindes erfasst und möglichst nach der Rückenfläche des Kindes entsprechenden Seite hin angezogen werden. Der Operateur erhält dadurch eine Hand frei zur Vornahme etwaiger weiterer geburtshilflicher Eingriffe, wie z. B. zur Inzision des rigiden Muttermundes oder der Zervix, Pubiotomie usw.

Die Ausführung des Handgriffes ist nicht ganz leicht und erfordert entschieden eine gewisse manuelle Fertigkeit und Übung. Doch wird es bei richtiger Ausführung des Handgriffes, wovon ich mich in einer Reihe von Fällen überzeugen konnte, gelingen, das gefährdete Leben des Kindes zwar nicht in allen, wohl aber in den meisten Fällen zu retten.⁴ —

Alsdann erläutert der Verf. an 2 eingehend geschilderten Fällen aus seiner Praxis das Nähere und erwähnt zum Schlusse ein von ihm konstruiertes Instrument, welches einen spekulumartigen Charakter hat, mit einem Griff ähnlich dem der Geburtszange, nur noch etwas mehr abgebogen. Dem Verf. scheint das Instrument auf Grund seiner bisherigen, freilich noch nicht grossen Erfahrung sehr brauchbar, doch sucht er es noch weiter zu vervollkommen und will alsdann darüber eingehender berichten. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zur Kasuistik der angeborenen Nabelschnurbrüche. (Ectopia viscerum.) Von Dr. Ringel. Münch. mediz. Woch., 20, August 1907, pag. 1679.

Verf. teilt zwei einschlägige Fälle mit und kommt zu dem Urteil, dass bei grossen angeborenen Nabelschnurbrüchen, die nicht reponibel sind, die Radikaloperation mit freier Eröffnung des Bauchsackes die einzige zum Ziel führende Methode sei. Auch in leichteren Fällen verdiene diese vor den einfacheren Verfahrensweisen den Vorzug, weil sie Komplikationen mit grösserer Sicherheit erkennen lassen und die Möglichkeit zu ihrer Beseitigung gäbe. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Buttermilch bei der Behandlung des Magendarmkatarhs der Säuglinge. Von Dr. Weymeersch. La Belgique médicale, 4. Juli 1907, bespr. Revue de théor. méd. chir., 15. Aug. 1907, pag. 572.

Verf. hat 21 Fälle von akuter und chronischer Enteritis mit Buttermilch behandelt und in allen Fällen, selbst den akuten und schweren, vortreffliche Resultate erzielt. Die Buttermilch wurde

meist nach 12—24 stündiger Wasserdät dargereicht, sei es als régime absolu in schweren Fällen, sei es als régime mixte in den weniger bedenklichen. Diese Ernährung bewährte sich sogar mehrmals, wenn selbst die ausschliessliche Stillung an der Mutterbrust versagt hatte. Alle Kinder, 6 Wochen bis 15 Monate alt, vertrugen die neue Nahrung gleichmässig gut und nur 1 Kind von 6 Monaten verweigerte dieselbe.

Die verabreichten Mengen waren höher als die gewöhnlichen täglichen Milchquanten. In 2 Fällen von Gastrometritis mit vorherrschenden gastrischen Erscheinungen versagte das Verfahren vollkommen. In 4 Fällen von einfacher Atrophie zeigte sich eine rasche und anhaltende Zunahme des Gewichtes. Unter 5 Fällen von Dermatitis gab es 2 Heilungen und 3 Besserungen.

Verf. verwendete die kondensierte Buttermilch, wie man sie als Konserve im Handel findet. Diese bietet eine konstantere Zusammensetzung als die Landbuttermilch und hat den Vorteil, einen kleinen Zusatz von Weizen- und Reismehl zu enthalten.

Die Heilkraft der präparierten Buttermilch scheint auf ihrer Armut an Fettstoffen (3—5 Gramm auf 1 Liter) und dem Vorhandensein von Milchsäure und Kohlehydraten (Mehle) zu beruhen, welche letzteren Verf. als den Hervorrufern von Acidum succinicum und lacticum grossen Wert beimisst.

Infolge des Fehlens von Fettsubstanzen werden die Fäulnisprozesse und gastro-intestinalen Intoxikationen herabgesetzt.

Die Anwesenheit der Milchsäure vermindert die Entwicklung von Fäulnisbakterien, die sich nicht leicht in einer sauren Umgebung zu vermehren imstande sind. Sie bereitet ferner einen höchst günstigen Boden für die Entwicklung des Bakterium Tissier, den Stammgast des Verdauungsschlauches aller gesunden und an der Mutterbrust ernährten Kinder.

Der Bestand an Kohlehydraten, die leicht zersetzlich sind und der sauren Gärung verfallen, begünstigt die Assimilation der Albuminoiden und setzt die Darmfäulnis herab. Die azidogenen Fermentationen geben, indem sie das Gleichgewicht wieder herstellen, den Stuhlentleerungen ihre normale Beschaffenheit wieder. —

F r e u d e n b e r g · Dresden.

Rezensionen.

Das enge Becken, eine Studie über den Geburtsverlauf und die Indikationen zu operativen Eingriffen. Von Dr. H. P e h a m. gr. 8° XV und 209 S. Wien 1907. Alfred Hölder. Pr. 5,40 M.

Das Werkchen begleitet ein Vorwort aus der Feder Chrobaks, das ein beherzigenswerter Satz zielt, zumal man in letzter Zeit auf

Abwege geleitet werden konnte durch Autoren, deren Haupt der Professorenhut deckt. So erfreute mich die Ansicht Chrobaks, dass das Leben und die Gesundheit der Mutter höher einzuschätzen sei als das des Kindes, über dessen Leben noch nichts zu sagen ist, da ihm ja noch die Gefahren der Geburt bevorstehen.

Peham nimmt als oberste Grenze des engen Beckens eine Konjugata diagonalis von 11 bzw. $11\frac{1}{2}$ cm an.

Von 885 Frauen mit engen Becken nach einer Zusammenstellung aus den letzten 4 Jahren haben 641 = 72,42 % spontan entbunden. Als Grundsatz gilt an der Chrobak'schen Klinik, den Verlauf der Spontangeburt so lange als möglich abzuwarten. Es zeigt sich, dass bei den Erstgebärenden die Spontangeburt häufiger erfolgt als bei den Mehrgebärenden (76,67 % : 68,61 %), dass bei jenen aber das kindliche Leben dabei doppelt so oft gefährdet war als bei den letzteren. Bezüglich der Beckenform gibt das allgemein verengte rachitische Becken die schlechtesten Aussichten auf Spontangeburt und bei diesen auf lebende Kinder. Eine Grenze für Spontangeburt lässt sich schwer festlegen, da hierbei viele Faktoren von Wichtigkeit sind, doch im allgemeinen dürfte es eine Konj. vera von 8 cm sein.

Von den operativen Massnahmen wird zunächst die Wendung besprochen. Peham ist der Ansicht, dass für den praktischen Arzt die prophylaktische Wendung auch in jenen Fällen noch helfend einspringen müsse, die an einer Klinik mit gutem Gewissen der Sectio cäsarea und der beckenerweiternden Operation unterzogen werden können. Bei höheren Graden von Beckenverengung (K. vera $7\frac{1}{2}$ —7 cm) und besonders auch beim allgemein verengten rachitischen platten Becken stellt für den praktischen Arzt die Kombination von künstlicher Frühgeburt mit prophylaktischer Wendung einen Weg dar, auf dem er auch bei den hohen Graden von Beckenverengungen noch lebende und lebensfähige Kinder zu erzielen imstande ist. An der Chrobak'schen Klinik betrug die kindliche Mortalität bei der prophylaktischen Wendung 25 %.

Bezüglich der Zange muss der Grundsatz gelten, dass bei der Entbindung durch die typische Zange wenigstens die Bedingungen für dieselbe vollkommen erfüllt sein müssen. Die hohe Zange gilt an der Chrobak'schen Klinik beim engen Becken als eine technisch schwere, aber auch für Mutter (2,5 % Mortalität) und Kind (zirka 20 % Mortalität) nicht gefahrlose Operation, die für die Mutter gefährlicher ist als die Wendung, aber weniger gefahrvoll als die Beckenerweiterung. Sie darf daher nur angewandt werden, wenn eine absolute Indikation zur sofortigen Beendigung der Geburt besteht. Dabei muss das Kind sicher leben, ohne Zeichen einer länger dauernden intrauterinen Asphyxie, widrigenfalls selbst ein Zangenversuch besser zu unterbleiben hat und das sterbende Kind zur Rettung der Mutter geopfert werden muss. Bei allen Fällen aber soll, um die Gefahr möglichst zu verringern, erstens der Muttermund bereits verstrichen oder wenigstens dem Verstreichen gerade nahe sein; zweitens darf die Dehnung des unteren Uterinsegmentes keine bedrohliche und das Missverhältnis zwischen Kopf und Becken nicht

allzu gross sein; drittens muss es sich um ein sonst kräftiges, widerstandsfähiges Becken handeln, das einer mässigen Gewalteinwirkung ohne Ruptur standhält.

Da bei engen Becken die Perforation des Kindes immer die schonendste Entbindungsart darstellt, so ist sie bei toten Kindern berechtigt. Die Perforation des lebenden Kindes soll möglichst vermieden werden, an ihre Stelle soll die künstliche Frühgeburt, die prophylaktische Wendung, die hohe Zange, die Sectio cäsarea oder Beckenerweiterung, je nach der Zeit und den äusseren Umständen treten, wobei die ersteren drei für sich oder in Kombination als kleinerer Eingriff nach Möglichkeit den Vorrang verdienen. Durch diese kann aber nur die Frequenz vermindert werden, ohne die Berechtigung für einzelne Fälle auch für die Klinik vollständig aufzuheben.

Was die künstliche Frühgeburt anbetrifft, so kann selbst eine Klinik auf sie nicht verzichten, sofern sie der Mutter das Selbstbestimmungsrecht zugesteht. Bei Erstgebärenden soll das normale Schwangerschaftsende abgewartet werden und je nach Notwendigkeit verfahren werden; bei Mehrgebärenden ist am besten die 36. oder 37. Woche zu wählen bei einem Beckengrade von $8\frac{1}{2}$ —7 cm Konj. vera, als Methode Bougie oder Metreurynter mit Abwarten einer Spontangeburt in Schädellage bei allgemein verengtem Becken und bei platten Becken, unter Umständen auch durch die prophylaktische Wendung. Die mütterliche Mortalität beträgt hierbei im Durchschnitt 4 ‰, lebend geboren wurden 89—80 ‰ Kinder, lebend entlassen 71—62 ‰, im Laufe des ersten Lebensjahres starben davon noch ca. 25 ‰ entsprechend der allgemeinen Sterblichkeit.

Der künstliche Abort, die unangenehmste Aufgabe für einen gewissenhaften Geburtshelfer, darf nach Peham nur bei einer Mutter mehrerer Kinder bei absoluter Beckenverengung eingeleitet werden, wenn die wiederholte Sectio cäsarea verweigert wird.

Mit der Indikation zum Kaiserschnitt ist man an der Chrobak'schen Klinik bei Primiparen sehr zurückhaltend. Die Domäne für den relativen Kaiserschnitt bilden die Beckenverengungen von 8— $6\frac{1}{2}$ cm. Grundbedingungen für einen Kaiserschnitt aus relativer Indikation sind, dass der Fall ausserhalb nicht untersucht war, die Blase hoch steht oder wenigstens nicht lange Zeit gesprungen ist. Die Mortalität der Sectio cäsarea beträgt ca. 3,2 ‰.

Bei der Beckenerweiterung ist das subkutane Verfahren dem offenen vorzuziehen wegen des Mortalitätsunterschiedes 4,1 ‰ : 10,4 ‰. Von vielen wird auch das Abwarten der Spontangeburt dem aktiven Vorgehen (Zange, Wendung) nach unternommener Erweiterung vorgezogen zwecks Vermeidung von ausgedehnten Weichteilverletzungen.

Der Vorteil der Beckenerweiterung dem Kaiserschnitte gegenüber besteht darin, dass sie auch bei nicht ganz einwandsfreien Fällen unternommen werden kann; kontraindiziert ist sie bei infizierten Fällen, da hier die Mortalität immer noch 12 ‰ beträgt. Gegenüber dem Kaiserschnitte bietet die Hebestotomie viel weniger Sicherheit für das kindliche Leben, wo die Mortalität 7,8 bis 6,67

Proz. beträgt. Hier kommen in Betracht Beckenengen von $6\frac{1}{2}$ bis 8 cm.

Für den praktischen Arzt ist die Hebeosteotomie wegen der vorkommenden ausgedehnten Weichteilverletzungen mit starken Blutungen nicht entsprechend. — T a r n o w s k i - Thorn.

Die Ursachen des Kindbettfiebers und ihre Entdeckung durch J. Ph. Semmelweis. Von Prof. Dr. Theodor W y d e r, Dir. der Frauenklinik in Zürich. 8° VIII und 40 Seiten. Mit einem Bildnis Ign. Ph. S e m m e l w e i s. Berlin 1906, Verlag von Julius Springer. 1 M.

W y d e r s Arbeit behandelt in fesselnder und ausserordentlich erschöpfender Weise das verzweifelte Ringen des unglücklichen Forschers, seiner segensreichen Erkenntnis der Ursachen des Kindbettfiebers unter der Gelehrtenwelt, die ihm mit Unglauben, Spott und offener Feindschaft entgegentrat, Geltung zu verschaffen. In ergreifender Weise schildert W., wie S e m m e l w e i s der Ursache der kolossale Mortalität der Wöchnerinnen an der ärztlichen Abteilung des „Gratis-Gebärhauses“ zu Wien im Gegensatz zu der ungleich niedrigeren der Hebammenabteilung desselben Gebärhauses auf den Grund zu gehen versuchte; wie er dann fand, dass das Kindbettfieber „kadaveröse Blutvergiftung“ wäre, hervorgerufen durch die unvermögende Händedesinfektion der Ärzte und Studierenden, welche direkt nach den Sektionen sich im Gebärsaal beschäftigten; wie er dann als Händedesinfiziens Chlorwasser bzw. Chlorkalk angab und damit die Mortalität von 40 % auf 1,2 % herabdrückte. Als mangelhafter Schriftsteller und noch mangelhafter Redner versuchte er seiner Lehre, abgesehen von wenigen bedeutenden Gelehrten, wie S k o d a, R o k i t a n s k y, H e b r a nicht Geltung zu verschaffen; ein V i r c h o w, S k a n z o n i, M a r t i n bekämpften ihn mit ihrer Lehre vom „Genius epidemicus“ und fanden die volle Unterstützung der damaligen Gelehrtenwelt, um so mehr, als S e m m e l w e i s in seinen Schriften oft einen masslos leidenschaftlichen Ton anschlug und seine Gegner als Mörder bezeichnete.

Verbittert durch diese seine Misserfolge verfiel er in Wahnsinn, als er den Lehrstuhl für Geburtshilfe in Budapest inne hatte, und starb im Wiener Irrenhause an einer Blutvergiftung. Fürwahr, eine tragische Ironie des Schicksals! — K e i b e l.

Jüdische Ärzte und ihr Einfluss auf das Judentum. Von Dr. Simon S c h e r b e l, Arzt in Lissa. Gr. 8° 75 S. Berlin 1905, J. Singer & Co., 1,50 M.

Verf. bespricht in Gesichtsbücher-Reihenfolge den Einfluss jüdischer Ärzte auf ihr Volk, ausgehend von Samuel aus Babylonien (160—257) bis auf die Neuzeit (Johann Jakobi aus Königsberg, Senator, Baginsky.)

Ihr Einfluss erstreckte sich auf Kultur und Gesittung, Gesetzgebung und Wissenschaft (Astronomie, Geschichte, Philosophie), Religion — als Verteidiger des Talmud, als Kanzelredner und

Rabbiner und Märtyrer auf dem Scheiterhaufen — und auf die Dichtung als Schöpfer des Versbaues und poetischer Werke. Und wenn es auch Ärzte gegeben hat, deren Einfluss dem Judentum verderblich gewesen, so war dies die verschwindende Minderheit. Verf. schliesst mit einer Mahnung an die Ärzte der Jetztzeit, in der Weise ihrer Vorfahren, „das Banner jüdischer Treue und Glaubensmutes hochzuhalten, zu beschützen und zu verteidigen.“ —

. K e i b e l.

Atlas der venerischen Affektionen der Portio vaginalis uteri und der Vagina. Von Dr. Moritz Oppenheim, Privatdozent für Dermatologie und Syphilidologie an der k. k. Universität Wien. — Wien 1908. Verlag von Franz Deuticke. Preis 14 M.

Das Werk enthält 19 farbige Tafeln mit 51 Abbildungen und 76 Seiten Text.

Herr Prof. Finger hat der Arbeit ein Begleitwort hinzugefügt, in welchem derselbe hervorhebt, dass der Syphilidologe, der Gynäkologe, der Gerichts- und Polizeiarzt eine Sammlung syphilitischer und venerischer Krankheitsformen, neben nicht venerischen Schleimhaut-Affektionen in den Illustrationen vorfindet, welche differentialdiagnostisch von einschneidender Bedeutung sind. „Es ist zweifellos, dass dieser Atlas eine Lücke ausfüllt, einem Bedürfnisse nachkommt und dies um so mehr, als die Abbildung durch das lebende Wort, den knappen, aber sachgemässen, aus reicher Erfahrung geschöpften Text unterstützt wird.“

Die Abbildungen der sogenannten aphtösen Geschwüre, der makulösen und papulösen syphilitischen Exantheme und der Gummata sind zum ersten Male im Bilde wiedergegeben.

Die Figuren wurden nach der Natur bei hellem Tageslicht gemacht, die Aufnahme lässt an Akkuratess nichts zu wünschen übrig.

S c h e r k - H o m b u r g.

Über den Einfluss der Geschlechtssfunktionen auf die weibliche Kriminalität. Von Dr. jur. Siegfried Weinberg, Berlin. (Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zwanglose Abhandlungen. VI. Bd., H. 1.) 8° 34 S. Halle a. S. 1907. Carl Marhold. Pr. 1 M.

Wir Mediziner, meine ich, können ganz zufrieden damit sein, wenn der juristische Verf. in seinem geschickt zusammengetragenen Material zu nachstehenden Schlussfolgerungen gelangt und seinen Berufsgenossen etwas ins Gewissen redet. „Es ist ausserordentlich betrübend, dass in unserer gegenwärtigen Rechtsprechung die kritischen Zeiten des Weibes (Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft, Menopause) kaum je Berücksichtigung finden.“ Von Gründen hierfür wird zunächst die Prüderie angeführt, die um die natürlichsten Erscheinungen des sexuellen Lebens den Schleier des Geheimnisses webt. Dann die mangelnde psychologische und psychiatrische Vorbildung der Juristen und die verhängnisvolle Nichtberücksichtigung der verminderten Zurechnungsfähigkeit in unserem Stralgesetz-

buch; ferner die Überlastung unserer Strafgerichte, die ein liebevolles Eingehen auf den Einzelfall zur Unmöglichkeit macht; endlich das Fernhalten des weiblichen Geschlechtes vom Richteramte. „Alle diese Umstände tragen dazu bei, dass dem weiblichen Teile unserer Bevölkerung vor dem Strafrichter durch Nichtachtung der sexuellen Eigenheiten des Weibes gar oft bitterstes Unrecht geschieht.“

Hoffentlich findet die gute Rede an erster Stelle eine gute Statt!
N ä t h e r - Leipzig.

Das Neue Preussische Ergänzungssteuer- (Vermögenssteuer-) Gesetz vom 19. Juni 1906. (Amtl. Fassung.) Kl. 8° 30 Seit., Berlin 1907. Verlag: L. Schwarz & Comp., Berlin S. 14, Dresdenerstrasse 80. Preis geh. 0,60 M.

In gleichem Verlage und zu gleichem Preise wie der Praktische Ratgeber bei Einkommen-Steuer-Einschätzung und Steuer-Reklamation nebst Preuss. Einkommensteuer-Gesetz ist obiges für jeden Steuerzahler überaus wichtige neue Gesetz erschienen. Nur wer die gesetzlichen Bestimmungen genau kennt, wird imstande sein, richtige, gesetzmässige Angaben zu machen und zu hohe Veranlagung erfolgreich abzuwenden. Die Anschaffung des obigen Gesetzes ist jedem Steuerzahler als nützlich anzuraten. — R.

Aerztliches über Sprechen und Denken. Von Prof. G. Anton in Halle a. S. Nach einem Vortrage, gehalten in der Aula der Universität am 27. 1. 07. 8° 20 S. Halle a. S. 1907. Verlag von Carl Marhold. Preis 0,60 M.

Der allbekannte Nervenarzt Prof. A n t o n gibt uns hier in mehr allgemein verständlicher Weise einen gedrängten Überblick über das Zustandekommen und die Lokalisation der Sprache bzw. der verschiedenen sich deutlich voneinander scheidenden Störungen der Sprache, ihres Zusammenhanges bzw. Abhängigkeit von der Fähigkeit zu hören, auch der Mitbeteiligung der Gesichtsfunktion und der muskulär-mimischen Vorgänge. Dann wird auch das mit der Sprache verbundene, auch von ihr abhängige Denken besprochen und nebenher auf die von Sprachstörungen abzuleitenden Erscheinungen bei manchen Geistesstörungen hingewiesen. Verf. bemerkt, dass der zentrale Apparat der Sprachbildung gleichzeitig auch ein Denkapparat ist, dass dieser nicht nur das Rohmaterial zum Denken — wie Bewegungsvorstellungen, Klangbilder, Buchstabensymbole — liefert, sondern dass in den Wortreihen und Satzgliederungen von vornherein eine grossartige Leistung für die Richtung und Ordnung des Gedankenablaufs gegeben ist. Die Denkergebnisse werden in Form von Sätzen der Erinnerung und dem Bewusstsein dauernd einverleibt. Die Worte dienen also nicht nur zur Mitteilung und Gedanken-erregung für die Mitmenschen, sie konstruieren die Errungenschaft des menschlichen Geistes nicht nur für die Nachwelt, sondern sie erhalten und bewahren die Denkarbeit für unseren eigenen Geist. Die zahllosen Einzeleindrücke der Aussenwelt findet der tätige

Menschengeist in der Sprache bereits geordnet und registriert; dergestalt können wir es wagen, neue Probleme anzugehen und das geistige Blickfeld zu erweitern! Die Sprache erscheint uns so nicht nur als eine Äusserung und als Ergebnis, sondern als Bestandteil des Menschengeistes; wenn wir sie ehren und pflegen, arbeiten wir für das beste menschliche Besitztum. Das kleine Büchelchen kann den Kollegen, die sich für Sprache und Denken interessieren, sehr zur Lektüre und zum Studium empfohlen werden. —

W u l f f - Oldenburg.

Dr. G. Beck's Therapeutischer Almanach. Herausgegeben von Generaloberarzt Dr. Schill in Dresden. I. Semesterheft. Kl. 8°, 208 S. Leipzig 1908, Benno Konegen Verlag. Preis geh. 2 M.

Es hiesse Eulen nach Athen tragen, wollte man über den nunmehr im 35. Jahrgang erscheinenden therapeutischen Almanach viel Worte des Lobes sagen. Der allgemeine Beifall, den derselbe heute wie früher findet, die feste Einbürgerung desselben in weitesten ärztlichen Kreisen zeugt besser als alle Worte von seiner Gediegenheit und praktischen Brauchbarkeit. Wir begnügen uns also mit Fug und Recht damit, hier nur auf das Wiedererscheinen des ersten Semesterheftes des Jahrganges 1908 hinzuweisen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Taschenbuch der Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Therapie an den Berliner, Wiener und anderen deutschen Kliniken. Herausgegeben von Dr. M. T. S c h n i r e r, Redakteur der „Klinisch-therapeutischen Wochenschrift.“ IV. vermehrte und verbesserte Ausgabe. Kl. 8°, 387 S. Würzburg 1908. Kurt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag.) Preis 2 M.

Unter den recht zahlreichen analogen kleinen Zusammenstellungen therapeutischer Art, sind dem vorliegenden Buche einige Vorzüge zuzusprechen, zunächst, dass eine alphabetische Reihenfolge der Krankheiten innegehalten ist, die das Auffinden gesuchter therapeutischer Massnahmen diesem erleichtert, dann, dass bei jeder Krankheitsform bzw. Krankheitssymptom kurze diagnostische Hinweise aufgeführt sind, weiter, dass bei den meisten therapeutischen Anwendungsformen die Autoren verzeichnet sind, endlich, dass dem Ganzen ein die Arzneimittel alphabetisch aufführendes Register zu den Rezeptformeln vorangeht, was beim Aufsuchen von solchen sehr angenehm ist und eine höchst zweckmässige Ergänzung zu der alphabetischen Reihe der Krankheiten bildet. Da nicht Rezepte etc. allein die Therapie des Arztes bilden, hat Verf. noch eine grosse Anzahl anderweitiger Anhaltspunkte gegeben: Nahrungsmittel, akute Vergiftungen, erste Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen, Injektionsmittel, Inhalationsmittel, Maximaldosen für Erwachsene und Kinder, Tropfentabelle, Körpermasse und -gewichte, Approximativmasse, Kalorienwert der Säuglingsnahrung, Dentition, Gravidität, Inkubationsdauer, geburtshilfliche Durchschnittsmasse, vergleichende Temperaturskalen, ökonomische Verordnung, Säuglings-

ernährung, therapeutische Technik, diätetische Küche, Kur- und Badeorte, Privat-Heilanstalten. Letztere Abschnitte bedürfen mehrfacher Richtigstellung und Ergänzung; auch ist nicht klar, warum die öffentlichen Heilanstalten aller Art, die zu kennen dem Arzte ebenfalls oft sehr erwünscht ist, nicht mit aufgenommen sind! Das Büchelchen ist sehr handlich, zum Mitnehmen sehr geeignet, durch sauberen, klaren Druck ausgezeichnet, sehr preiswert und den praktischen Ärzten zum Gebrauch durchaus zu empfehlen; sie werden überall im gegebenen Fall zweckmässige Auskunft daraus schöpfen können. — W u l f f - Oldenburg.

Le Traducteur (16. Jahrgang), **The Translator** (5. Jahrgang), **Il Traduttore** (1. Jahrgang), Halbmonatsschriften zum Studium der französischen, englischen, italienischen und deutschen Sprache.

Diese Sprachschriften bieten hauptsächlich folgenden Inhalt: Interessante Erzählungen, naturwissenschaftliche Aufsätze, Belehrungen über Länder- und Völkerkunde, Handel, Sitten und Gebräuche, entweder mit genauer Übersetzung oder mit Fussnoten. Neben dem Sprachstudium berücksichtigen sie auch die Aneignung ungemein wichtiger Sachkenntnisse. Ganz besonders nützlich dürften die in jeder Nummer enthaltenen Gespräche sein, in denen hauptsächlich die in den Schulen nicht genug gepflegte Umgangssprache berücksichtigt wird. Ausserdem wird den Lesern Gelegenheit geboten, mit Ausländern zu korrespondieren. — Probenummern für Französisch, Englisch oder Italienisch kostenfrei durch den Verlag des „Traducteur“ in La Chaux-de-Fonds (Schweiz.) — R.

Ein zuverlässiges Mittel gegen Scharlach. Von Dr. med. L a n d f e l d t, Zell a. Harmersbach, gr. 8^o 24 S. München 1908 Verlag der „Ärztlichen Rundschau (Otto G m e l i n). Preis 1,— Mk.

Bei 6 schweren Scharlachfällen verwendete L.

Rp. Phenol. paramonchlor. 4,0

Spiritus 250,0

Äther. sulf. ad 300,0

MDS. Äusserlich.

mit bestem Erfolge.

Die Prozedur war sehr einfach und brauchte nur einmal wiederholt zu werden, um dauernde Genesung herbeizuführen. Direkt aus der Flasche wurde der Rücken von der Schulter aus langsam begossen, dann die Brust, hierauf die beiden Seiten. Nach 1½ Stunde verschwand die Rötung und das Fieber, um nach 2 Stunden wieder in vermindertem Masse aufzuflackern. Nach Wiederholung der Begiessung waren selbst verzweifelte Fälle geheilt.

L. glaubt, dass die Wirkung auf dem durch das alkalische Blut in Resorzin umgewandelten Phenol beruht; deshalb seien Vergiftungen durch das Phenol nicht zu befürchten. Ausserdem spielt die Verdunstungskälte des Ätherspiritus durch Kontraktion der Hautgefässe, in denen die Scharlacherreger sich aufhielten, eine Rolle.

Verf. rät zu Nachprüfungen seiner Erfahrungen und hofft, dass auch von anderer Seite solche günstigen Erfolge mitgeteilt werden.
H o c h h e i m - Halle.

Bohnenhülsentee. Mitteilungen für Ärzte und Kranke. Von Dr. R a m m in Preetz. 8°. 11 Seiten. Preetz, 1906, Verlag von I. M. Hansen. Preis geh. 1,00 Mk.

Seit 25 Jahren verwendet der Verf. den obengenannten Tee als Heilmittel bei verschiedenen Krankheiten und hat er stets vortreffliche Resultate da beobachtet, wo er das genannte Mittel bei entsprechender Indikation anwandte. Als solche gelten besonders wassersüchtige Zustände infolge von Herz- und Nierenkrankheiten, ferner Gicht und Diabetes. Der Tee erzeugt eine sehr ausgiebige Diurese ohne irgendwelche störende Nebenwirkung und beruht hierauf wohl seine heilkräftige Wirkung.

Über die Art und Weise, in welcher eine Kur mit dem durch Apotheker Becker in Preetz zu beziehenden Tee durchzuführen ist, gibt Verfasser eingehende Anweisung, die hauptsächlich den Arzt interessiert. Die genaue Belehrung über die Herstellung des Aufgusses, wie sie dem Patienten zuteil werden muss, liegt in Form einer Gebrauchsanweisung jedem Teepaket anbei. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Physikalische Therapie der Erkrankungen der weiblichen

Sexual-Organ. Von Athur Foges und D. O. O. Tellner, m. 6 Abb. 8°, 67 S. Stuttgart 1908, Verlag von Ferdinand Enke. Preis 1,60 M.

Die Verfasser behandeln den Stoff in einer Reihe von Einzelaufsätzen über die Massage, Pessartherapie, Belastungstherapie, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Heisslufttherapie, Saugtherapie, Vaporisation, Balneotherapie und die physikalischen Behandlungsmethoden in der Geburtshilfe.

Die Lektüre der vorstehenden Arbeit empfiehlt sich besonders den operationslustigen Gynäkologen, wenn auch nach Ansicht des Referenten in einzelnen Punkten der konservativen Behandlung entschieden zu sehr das Wort geredet wird, wie z. B. bei der Behandlung der Prolapse. Desgleichen sind die Erfolge der Elektrotherapie bei Myomen, namentlich in Bezug auf Verkleinerung der Geschwülste, recht zweifelhaft und werden sogar bestritten. (Der Referent.) Besonders eingehend behandelt und ausserordentlich wertvoll ist das Kapitel über Massage, wobei die Verfasser mehrere wichtige und praktische Modifikationen der Thure Brandtschen Methode angeben, welche z. B. bei den „Uteruslyftungen“ den Assistenten ersparen. —

K e i b e l.

Bernstein's Merkbüchlein. Ratschläge für Frauen. Von Dr. med. Bernstein, Arzt in Kassel. Kl. 8°. 24 Seiten. Berlin, 1907, Deutscher Verlag für Volkswohlfahrt. Geb. Preis 2,50 Mk.

Das obengenannte Merkbüchlein für Frauen bildet ein Gegenstück zu dem von dem gleichen Verfasser herausgegebenen Merk-

büchlein „Ratschläge für Männer.“ Es ist knapp gehalten und doch erschöpfend. Zunächst über das Wesen und der Bedeutung der Geschlechtskrankheiten orientierend, behandelt es sodann die Ansteckungsgefahr, den Selbstschutz und seine Mittel, sowie das empfehlenswerte Verhalten nach Ausbruch einer Geschlechtskrankheit. Das Büchlein erscheint sehr geeignet zur Massenverbreitung und verdient warme Empfehlung. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Dr. Klinkhardt's Monatshefte für ärztliche Taschenbuchführung. Januarheft Leipzig, 1908, Verlag von Dr. Werner K l i n k h a r d t. Geb. Preis 0,40 Mk.

Die Monatshefte stellen eine Vereinigung von Journal, Laufzettel und Notizbuch dar und erscheinen für den Gebrauch des ärztlichen Praktikers sehr empfehlenswert. Es gibt für sehr beschäftigte Ärzte auch Doppelhefte zum Preise von 0,80 Mk. pro Monat; für die normale Beschäftigung aber dürften diejenigen zu 0,40 Mk. vollkommen ausreichen, da sich in diese, wie ich geprüft habe, 180 Patienten eintragen lassen. Für das ganze Jahr 1908 stellt sich der Preis auf 4,50 Mk., derjenige der Doppelhefte auf 9 Mk. Die Firma Benno Konegen ist zur Besorgung der Monatshefte gern bereit. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Schwangerschaft und Geburt. Von Dr. med. Richard F l a m m (Leipzig). Kl. 8°. 97 Seiten. Ulm a. D. 1904. Verlag der J. Eber'schen Buchhandlung. Preis geb. 1,50 Mk.

Die vorliegende Schrift ist als Band 47 der Medizinischen Volksbücher erschienen und verdient gegenüber dem Zwecke, für welchen sie bestimmt ist, nämlich das Laienpublikum in dezent und sachgemässer Weise über eine wichtige Abteilung des Fortpflanzungsvorganges beim Menschengeschlecht aufzuklären, alles Lob. Die Pathologie ist nur gestreift, das operative Eingreifen des Arztes als lediglich in dessen Domäne gehörig unerwähnt, Wochenbett und Säuglingspflege einem besonderen Band vorbehalten geblieben. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Psychoneurosen der Frau. Von Dr. H. S u t t e r, Frauenarzt in St. Gallen. Gross 8°, 32 Seiten, Wien 1907. Urban und Schwarzenberg. Preis geh. 1 Mk.

Die vorstehende, ganz und gar selbständige Monographie stellt das 7. Heft des III. Jahrganges (1907) der „Beihefte zur medizinischen Klinik“ dar, welche von Dozent Dr. E. A b d e r h a l d e n (Berlin) redigiert werden. Wiewohl die weiblichen Psychoneurosen in den geburtshilflichen und gynäkologischen Lehrbüchern behandelt werden, ist es doch recht erfreulich, dass ein frauenärztlicher Praktiker diesen Gegenstand einmal zur Einzeldarstellung bringt, und das um so mehr, als darüber in der letzten Zeit hauptsächlich Neurologen und Psychiater zu Worte gekommen sind. Gerade das Material des Frauenarztes ist ungemein reich an Nervenkranken, da wohl kaum irgend eine nervöse Frau es unterlässt, gelegentlich auch einmal eine gynäkologische Untersuchung an sich vornehmen zu lassen.

Die rein psychischen Erkrankungen, führt der Verf. mit Recht aus, kleiden sich in vielen Fällen in die ganz gleichen äusseren Erscheinungen, wie die schwersten rein somatischen Erkrankungen. Hierbei ist die Unterscheidung bisweilen sehr schwer; man denke nur an die nervöse Dyspepsie. Die reinen Psychosen oder Psychoneurosen zeigen sich sogar oft in den ganz gleichen Bildern, wie wir sie bei toxischen und anatomischen Schädigungen, sei es bei einzelnen solchen oder aber bei einer Verbindung derselben (z. B. Hirnlues und chronischer Alkoholwirkung mit anatomischer Läsion des Hirns) antreffen. Die erbliche Belastung als gemeinsamer ätiologischer Faktor somatischer und psychischer Erkrankungen kommt eventuell noch als ein die Diagnose erschwerendes Moment hinzu. Was die Suggestion vermag, ist für den Unerfahrenen fast nicht glaublich. Dr. Sch n y - d e r in Bern fand bei mehr als zwei Drittel aller Untersuchten das Vorhandensein von Prickeln beim Elekterisieren mit leergehender Kurbel. Nicht anders steht es mit der Autosuggestion, die besonders beim Tragen von Pessaren eine grosse Rolle spielt. Den Versuch einer suggestiven Beeinflussung der Retroflexio mobilis machte Verf. öfters bei hysterischen Patientinnen auf der Prof. A m a n n'schen Klinik in München und zwar oft mit frappantem Erfolg. Ist doch auch der psychologisch geschulte Arzt kaum minder wie jeder Laie ein Spielball von tausend irritierenden Kleinigkeiten, welche seine Stimmung beeinflussen. Hieraus ergibt sich als eine der wichtigsten ärztlichen Forderungen die moralische Orthopädie. Aber wie windig sieht es mit unserer sog. Willensfreiheit aus! Uns bestimmen Verkehr, Verwandtschaft, Freunde, Ernährung, Schule, Lektüre, Vererbung etc. etc. Die Moral muss daher immer relativ sein, aber konkreter als diese ist die Verantwortung. Ihr kann sich niemand entziehen und nach ihr muss sich unser Handeln und Lassen richten. Hier nun sind wir seelisch Defekten gegenüber oft zu schwach. Auch sie mögen sich vor der Strafe fürchten und sollten nicht frei ausgehen, denn die Strafe dient auch zur Abschreckung.

Bei der Behandlung der speziellen Beziehungen bespricht Verf. zunächst die Neurosen bei somatisch Gesunden, deren Zahl bei Zunahme unserer wissenschaftlichen Kenntnisse von Tag zu Tag kleiner wird; doch werden immer einige übrig bleiben, da es gewisse Krankheiten gibt, die ganz vom Einfluss des Geistes abhängen. Zu den Neurosen bei organischen Erkrankungen überhaupt gehört bei deren Vielzahl ein gewaltiges Heer. Nicht immer aber steht der Zusammenhang fest. Besonders wichtig sind hier die traumatischen Neurosen.

Neurosen bei gynäkologischen Erkrankungen sind gleichfalls weit verbreitet. Indes sind es wohl nicht die Geschlechtsorgane selbst, die, sei es durch ihre häufigen stärkeren oder schwächeren Erkrankungen eine direkte Prädisposition zu den Neurosen darstellen, sondern der von alters her tief in die Mythe des Volkes eingewurzelte Kultus und ähnliche Einwirkungen mehr, die dazu Anlass geben.

Besonders eingehend behandelt Verf. den historischen Teil seines Gegenstandes von den ältesten Zeiten an bis zur Gegenwart. Bezüglich des Zusammenhanges zwischen Frauenkrankheiten und Nervenleiden hat sich auch bei den radikalsten Operateuren allmählich die

Erkenntnis Bahn gebrochen, dass wir speziell in der Behandlung der Frau noch weit andere Gesichtspunkte in Betracht ziehen müssen als allein die Operation oder Lokalbehandlung. Diese Auffassung verdanken wir den Neurologen, welche zuerst mit Entschiedenheit auf die Nutzlosigkeit vieler gynäkologischen Operationen hinwiesen; in gleicher Weise sind namhafte Frauenärzte, und wohl noch entschiedener, aufgetreten.

Als kausale Momente der Neurosen lässt Verf. Anämie und Chlorose nicht gelten, ebensowenig das Stillen, auch das langdauernde nicht. Etwas anders steht es mit der seit grauer Vorzeit angeschuldigten unterdrückten Menstruation. Durch unsere modernen Untersuchungen über die sog. innere Sekretion nähern wir uns wieder dem antiken Standpunkt. Auch die uralte Galenische Sympathie der Glieder untereinander kommt heutzutage wieder zu Ehren in der Auffassung als Reflex. Die W. A. Freund'sche Reflexneurose umfasst die spinale und zerebrale Hysterie. Für Hönck besteht die Ätiologie der Hysterie in allem, was zugleich den Sympathikus schädigt. Er unterscheidet jedoch die Neurasthenia hysterica Freund's, welche er selbst Sympathizismus nennt, von der Hysterie auf rein psychische Basis. Eine besondere Rolle spielt die der ersteren, die Parametritis atrophicans. Von Rosthorn sieht im Parametrium und der Gebärmutter ein besonderes Reizzentrum. Theilhaber betonte, dass auch ganz normale Genitalien schwere Neurosen bedingen können, und Verf. hebt hervor, dass sog. Wunderheilungen heftiger nervöser Erscheinungen z. B. durch Beseitigung einer Erosion am Muttermund oder Herausnahme eines Pessars meist kurze Dauer haben. Oft hat er durch einfache Narkose ohne jede Operation Heilung herbeigeführt, wenn er nur die Patientinnen glauben liess, ein Eingriff sei geschehen und jetzt alles in Ordnung. Geburt und schwere Wochenbetten üben einen mächtigen psychischen Eindruck aus, einen weit grösseren, als die etwaigen somatischen Folgen. Nach Freund gibt es bei einer normalen vita sexualis keine Neurosen. Von ganz besonderer Wichtigkeit ist die Zeit des erwachenden Geschlechtstriebes. Bei disharmonischen Ehen hat jedenfalls der seelische Druck mehr Schuld als die Abstinenz. Ein Gleiches gilt von den Neurosen der Witwen. Die von Krafft-Ebing angegebenen äusseren Zeichen der in gezwungener Abstinenz lebenden Frauen kann Verf. nicht bestätigen. In den Verunstaltungen der Genitalien z. B. Dammriss sieht er nicht die direkte, sondern nur die indirekte (psychische) Ätiologie der Neurose. Solche Frauen kommen sich wie Kastraten vor. Ähnliches beobachtet man beim ausserhehlichen Verkehr, beim Präventivverkehr, vielleicht auch bei der Masturbation. —

Der Raum erlaubte nicht, die obige Blütenlese zu erweitern, und empfehlen wir dringend die Lektüre des Originals, welches eine Fülle von Fingerzeigen und Anregungen bietet. Das eigene Denken erspart uns der Verf. freilich nicht, Schematismen würde man bei ihm vergebens suchen. Dagegen zeigt er uns zugleich, dass man ein gediegener Praktiker und doch auch ein feiner Kopf, ein guter Stilist, ein Ästhet und alles das sein kann, was dazu gehört, ein

wirklich gutes Buch zu schreiben. Allzu lange haben wir in der medizinischen Literatur lederne Nüchternheit mit Wissenschaftlichkeit verwechselt. Trotzdem wir mit Stolz auf Billroth, Hyrtl und einige wenige andere hinweisen können, dürfen wir im allgemeinen von den Literaten des Auslandes noch manches lernen. Aber auch in dieser Beziehung bezieht die Schrift Sutters eine gute Note. —
Freudenber g - Dresden.

Praktische Mitteilungen und Notizen.

Chinin bei Wehenschwäche. Chinin ist von grossem Wert bei unkomplizierter Wehenschwäche und besonders geeignet, die Treibwehen bei Erstgebärenden zu fördern. Wiewohl von geringerer Wirksamkeit als Ergotin bei Postpartumblutungen, erweist es sich dienlicher als die genannte Droge bei Hämorrhagien während der Geburt selbst. Es wird am besten in einer Dosis von 0,5 gegeben und hierauf, falls nötig, unter mehrmaliger Wiederholung in Gaben von 0,25 mit je einstündigen Zwischenräumen. —

The Hospital (9. Nov. 1907).

Freudenber g - Dresden.

Gegen das **unstillbare Erbrechen** empfiehlt das Journ. de méd. de Paris (Nr. 21, 1907, pag. 197) die nachstehende Vorschrift:

Picrotoxin.

Heroin. mur.

Cotain. mur. aa 0,05

Atrop. sulf. neutr. 0,01

Aq. lauroceras. 5,00

Aq. chloroformat.

q. s. ad. 100,00

M. D. S. Vor jeder Mahlzeit einen Kaffeelöffel voll von dieser Lösung in einem halben Glase kalten Zuckerwassers zu nehmen. —

Freudenber g - Dresden.

Literatur.

Braun, Rob. u. Jos. Winterberg, DDR., krit. Bemerkungen ü. d. verschied. antikonzeptionellen Massnahmen. Leipzig 07. Verlag der Monatsschr. f. Harnkrankheiten. 0,80

Gawriloff, Alexei, ü. Wertheim'sche Prolapsoperation. Diss. München 08.

Hofmeier, Prof. M., Handbuch der Frauenkrankheiten, zugl. als 14. Aufl. d. Handbuches d. Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane v. Karl Schroeder m. 268 Abbildgn. u. 10 Taf. Leipzig 08, F. C. W. Vogel. 14,00; geb. 16,00

Katz, Willy, d. Elephantiasis d. weiblichen Genitalien. Diss. Leipzig 07.

Ladner, Karl, z. Kasuistik d. Wendung. Diss. Bonn 07.

Schlüter, Edgar, ü. Schwangerschaft u. Geburt bei Duplizität des Uterus. Diss. Breslau. 08.

Tietz, Gust., ein Beitrag zur Feststellung des günstigen Zeitpunktes für die Einleitung d. künstl. Frühgeburt. Diss. Rostock 08.

Verlag von Benno Koenigen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Aerzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg, Frauenarzt in Dresden.

Erscheint am dritten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 18 Mk direkt unter Kreuzband 18 Mk 80 Pf., für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 20 Mk. für's Ausland einzelne Hefte 2 Mk. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlage buchhandlung jederzeit gern entgegen.

Heft 5 (269).

Leipzig, 15. Mai 1908.

XXIII. Jahrg.

Inhalt: Originalien: **Naumann**, Über Drillingsschicksal. 194. — **Müller**, Die Verlagerungen des Uterus als Folgen von Aborten und Entbindungen und deren Therapie. (Schluss.) 199. — **Silberstein**, Die Behandlung der habituellen Verstopfung mit Regulini. 205. — Referate über Frauenheilkunde: **Vasillu**, Hypospadias vulviformis (Dugès). 211. — **Sadlier**, Consistency in aseptic surgical technique. 211. — **Humiston**, An unusually large dermoid tumor. 211. — **Longyear**, Nephrocolopexie. 212. — **Hayd**, Large echinococcus cyst of the liver. 212. — **Maler**, Cotarnine phthalate in uterine hemorrhage. 212. — **Jacobson**, A telephonic curet. 212. — **Brunner**, Erfolge mit Lum-balanästhesie. 212. — **Monslorski**, Fall von Hämatokele. 213. — **Ranzi**, Differentialdiagnose. 214. — **Jayle und Loewy**, Le traitement des métrites. 214. — **Hengge**, Vaginale Operation. 214. — **Falk**, Ein Fall von Eversion der Tube. 215. — **Kunzsch**, Kohabitationshindernis. 215. — **Pelser**, Frühstadium der Appendizitis. 216. — **Rénon**, 27 Operationen wegen Uterusfibrom. 216. — **Béquouin**, Verfahren bei umfangreichen Fibromen des Ligamentum latum. 217. — **Müller**, Krampfzustand der Beckenorgane. 218. — **Kroemer**, Seltene Formen der Genitaltuberkulose. 218. — **Raw**, Moderne Arzneibehandlung der Tuberkulose. 219. — **Imbert und Piéri**, Kolpo-hysterektomie. 220. — **Bossi**, Prophylaxe der Beckendistorsitäten. 221. — **Franke**, Behandlung der eitrigen Parametritis. 221. — **Kunzsch**, Uterusperforation. 221. — **Sippel**, Nierenaushülung bei Eklampsie. 222. — **Riesmann**, Ventrifixur des Uterus. 223. — **Alsberg**, Brustdrüse und Eierstock. 223. — Gynäkologie in der allgemeinen Praxis. 223. — **Gollhorn**, Inoperabler Uteruskarzinom. 224. — **Scherbak**, Der Simon'sche Spatel. 225. — Referate über Geburts- und Säuglingspflege: **Barthas**, Rapport de la tuberculose laryngée. 226. — **Stillwagen**, The treatment of ectopic pregnancy. 226. — **Ladinski**, Extra-uterine pregnancy. 227. — **Calmann**, Perityphlitis und Schwangerschaft. 227. — **von Wenzel**, Gravidität und Geburten bei Herzkranken. 228. — **Bauer**, Dementia paralytica. **Landau**, Normale Entbindungen. 229. — **Alessiu**, Verschleppte Schulterlage. 229. — **Fromme**, Kaiserschnitt. 229. — **ter Braak und Mijneff**, Eklampsie. 229. — **Offergeld**, Staubbehandlung der infizierten Pubotomiewunde. 230. — **Ruppert**, Pubotomie. 231. — **Mann**, Hernienbildung. 232. — **Raineri**, Beckenerweiterung nach Hebesteotomie. 232. — **Gross**, Inversio uteri puerperalis inveterata. 232. — **Wernitz**, Verschleppte Querlagen. 233. — **Flint**, Management. 233. — **Dorman**, Care of the patient in the puerperium. 234. — **Marx**, Treatment of the puerperium. 234. — **Berlin**, Veränderungen in retinierten Plazenten. 234. — **Baglinsky**, Septische Arteriitis. 235. — **Brüning**, Säuglingssterblichkeit. 235. — **Bornstein**, Ausnutzungsversuche mit Odda M. R. 236. — **Fukala**, Heilung der Iritis und Iridozyklitis. 237. — Referate aus ärztlichen Gesellschaften. 237. — Praktische Mitteilungen und Notizen. 239. — Literatur. 240.

Nachdruck bedarf der Genehmigung des Verlegers — Referierung mit Quellenangabe erbeten. — Sonderabdrücke verboten.

Über Drillingssschicksal.

(Aus der Frauenklinik Dr. Kaiser-Dresden).

Von Dr. N a u m a n n, Assistenten der Klinik.

Die s. Z. aus unserer Klinik erschienene Veröffentlichung über Drillinge ist in ärztlichen Kreisen mit lebhaftem Interesse aufgenommen worden, und wir haben daraufhin eine Reihe Zuschriften und Mitteilungen über neue Drillingsgeburten erhalten. Ich folge nun einer an mich ergangenen Anregung und stelle im Folgenden aus diesen privaten Mitteilungen 4 neue Fälle, die zur Veröffentlichung geeignet erschienen, zusammen. Ein grosser Teil des in unsere Hände gelangten Materials erwies sich allerdings als zur Publikation nicht geeignet, und zwar deshalb nicht, weil hier auf den folgenden Zeilen, wie übrigens auch in der früheren Veröffentlichung, auf das spätere Schicksal der lebend gebliebenen Drillinge näher eingegangen werden soll. Von den uns mitgeteilten Fällen sind jedoch die Drillinge teilweise bereits wieder gestorben, und ein anderer Teil ist noch so jung, dass, wenigstens vorläufig, von einer Schilderung der späteren Entwicklung noch nicht die Rede sein kann. Bevor ich indessen auf die erwähnten 4 neuen Fälle eingehe, möchte ich zunächst noch einige allgemeine Bemerkungen über Drillinge vorausschicken.

Es ist eine bekannte, aber leider recht betrübliche Tatsache, dass sich bis heute der Drilling seine ihm gebührende Stellung in der medizinischen Literatur noch nicht recht hat erobern können. Eine umfassende Monographie über dieses Thema fehlt noch und auch die wenigen, meist nur kasuistischen Mitteilungen einzelner Autoren sind so spärlich und so weit über die ganze medizinische Literatur verstreut, dass wer heute über Drillinge arbeiten will, sich den Stoff dazu aus den entlegensten Gebieten, meist sogar erst aus der ausländischen medizinischen Literatur zusammenholen muss.

Man hat darüber diskutiert, ob bei gewissen Eltern eine Disposition für multiple Schwangerschaften vorhanden sei. Diese Frage ist zu verneinen. Weder in den in der Literatur niedergelegten Fällen, noch in den von uns näher untersuchten, konnten wir eine derartige Disposition bei den Eltern oder in der Verwandtschaft feststellen. Der habituelle Drilling gehört also, Gott sei Dank, dem Reiche der Phantasie an. Nur ein einziger Fall ist aus der Literatur bekannt, in dem eine Disposition für multiple Schwangerschaft als sicher angenommen werden muss. Vortisch sah in Afrika ein Negerweib, das in der 5. Geburt Sechslinge zur Welt brachte. Dieses Weib hatte in 5 Geburten 16 Kinder geboren. Nur bei der ersten Geburt hatte sie ein einziges Kind gehabt, bei der zweiten hingegen Zwillinge, bei der dritten Vierlinge, bei der vierten Drillinge und bei der fünften Sechslinge. Da übrigens festgestellt wurde, dass das Weib bei der dritten, vierten und fünften Schwangerschaft jedesmal von einem anderen Manne geschwängert worden war, so ist hiermit bewiesen, dass in diesem Falle die Disposition am Ei und nicht am Sperma haftete.

Was die Zahl der Drillingsgeburten anlangt, so ist darüber bereits

in der ersten Publikation eingehend berichtet worden. Von neueren einschlägigen Mitteilungen sei hier die von *Freureisz* erwähnt, der über die an der v. *Kezmarszky*'schen Klinik in Budapest von 1869 bis 1900 stattgefundenen Geburten berichtet. Dort kamen auf 4107 Geburten eine Drillingsgeburt, im ganzen 6 an der Klinik während des oben erwähnten Zeitraums. In 4 Fällen wurden 2 Knaben und 1 Mädchen geboren, in einem Falle 2 Mädchen und 1 Knabe und in einem Falle 3 Mädchen. *Guzzoni* gibt in einer grossen Statistik, die etwa 51 Millionen Geburten umfasst, eine Übersicht über die Geburten in allen europäischen Ländern, soweit ihm die Zahlen zugänglich waren, von 1865—1877 und berechnet hieraus auf etwa 7103 Geburten 1 Drillingsgeburt. *Laniter* behandelt 30 Drillingsgeburten, die in den letzten 24 Jahren an der Berliner Universitäts-frauenklinik zur Beobachtung kamen. Nach seinen Erfahrungen stellt das Alter von 31½ Jahren den Höhepunkt der mütterlichen Drillingsfruchtbarkeit dar, und es enden die meisten Drillings-schwangerschaften mit einer Frühgeburt in der zweiten Hälfte des 8. Lunarmonats; nur die Hälfte der Drillinge wurde in Schädellage geboren. Die Mortalität der Mütter betrug 0%. Siebenmal traten Nachgeburtsblutungen auf. Die Drillinge gingen übrigens zweimal aus 1, 14 mal aus 2 und 9 mal aus 3 Eiern hervor.

In den von uns beschriebenen Fällen überstanden sämtliche Mütter die Geburt gut; stärkere Blutung fand sich in der Nachgeburtperiode nur in einem Falle. Von den 12 Drillingen lagen in Schädellage 8, 4 in Beckenend- resp. Querlage. Geboren wurden in Schädellage 7; 5 wurden in Beckenendlage entwickelt, teilweise nach vorausgegangener Wendung. Zwischen der Geburt des ersten und des letzten Drillings lag bei unseren Fällen ein Zeitraum von höchstens 3 Stunden, im Falle Nr. I sollen alle 3 Kinder sogar binnen einer Viertelstunde geboren worden sein. Diese kurze Dauer der Geburten erklärt sich indessen, wenn man bedenkt, dass nur diejenige im Fall Nr. II ohne Kunsthilfe verlief, während alle drei anderen Fälle durch ärztliches Eingreifen ihre Beendigung fanden. Sonst pflegen sich allerdings bei Drillingsgeburten häufig Verzögerungen einzustellen. So berichtet z. B. *Zucker* über die Drillingsgeburt einer 34 jährigen Frau, bei der er zuerst ein in Fusslage liegendes Kind extrahierte. Hierauf verweigerte jedoch die Frau jeden weiteren künstlichen Eingriff zur Entwicklung des zweiten, in Schädellage liegenden Kindes. Nach 40 stündigem Warten wurde endlich das zweite Kind wegen fortgesetzter Wehenschwäche mit Zange und unmittelbar anschliessend noch ein drittes Kind mittelst Wendung und Extraktion entwickelt.

Was nun das Schicksal der Drillinge anlangt, so sind sie bereits im Mutterleibe von mannigfachen Gefahren bedroht; gegenseitige Verwachsungen einzelner Früchte miteinander, Missbildungen und Entwicklungshemmung, namentlich des dritten, bis zum vollständigen Plattgedrücktwerden und Ausbildung eines typischen Fötus *papyraeus* sind öfters zur Beobachtung gelangt. *Lewinswitsch* z. B. hatte Gelegenheit, einen Drillingsabort im 5. Monat zu beobachten; von den Föten waren zwei ausgedehnt miteinander verwachsen

Csatkai sah die Drillinge einer 36 jährigen VIII para, deren einer ein Fötus papyraceus war. Die anderen beiden waren ausgetragen, wiesen indessen an den Ober- und Unterschenkeln mehrere streifenförmige Hautdefekte auf, die nach etwa 10 Tagen verheilten.

Nach erfolgter Geburt ist es natürlich besonders die Schwierigkeit der Ernährung, unter der die Drillinge zu leiden haben; oft saugen sie als schwächliche Kinder schlecht und müssen künstlich ernährt werden, sodass sie auch hierdurch im Nachteile sind. Und selbst wenn sie gestillt werden können, so gibt doch fast regelmässig die mütterliche Brust nicht genug Milch für alle 3 Kinder und es muss dann, wie in unserm Fall I, wenigstens zwischendurch schon von Anfang an eine künstliche Ernährung Platz greifen. Unsere 12 Drillinge sind alle von Anfang an, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch wenigstens immer nebenbei durch Stillen genährt worden, und diesem Umstand mögen sie es wohl auch zu danken haben, dass sie sich bis jetzt so gut entwickelten.

Ich lasse nunmehr einen kurzen Auszug aus den Berichten folgen, die uns über die 4 neuen Fälle eingesandt wurden. Allen denen, die uns durch Mitteilungen unterstützten, sowie insbesondere auch denjenigen Herrn Kollegen, die die Güte hatten, uns einen näheren Bericht über den Verlauf der Geburten zur Verfügung zu stellen, sei hierdurch nochmals ergebenster Dank ausgesprochen.

Fall I. Frau N. 47 Jahre alt, Kr. i. Böhmen. Drei Mädchen. Bericht des Vaters und behandelnden Arztes.

„Teile mit, dass diese multiple Gravidität nach 18 jähriger Pause eintrat; die Schwangerschaft lief bis zum normalen Ende. Die mangelhafte Expulsionskraft machte die Anwendung der Zange beim 1. Kind nötig, ein zweites wurde im Querbett nach Wendung und das dritte in gewöhnlicher Bettlage ebenso extrahiert. Der ganze Geburtsakt war in 15 Minuten vollendet.“

„Mutter erholte sich rasch, konnte nicht selbst stillen. Es wurde eine Amme genommen, die alle 2 Stunden je eins der Kinder anlegte, die anderen beiden bekamen dann immer verdünnte Milch und Haferschleim. Verdauungskrankheiten oder englische Krankheit hatten sie nicht, aber alle anderen Kinderkrankheiten; Laufen lernten sie nach 18 Monaten, Sprechen am Beginne des 2. Jahres. Die Mädchen sind jetzt 21 Jahre alt, gesund, nur zeitweise etwas blutarm.“

Fall II. Frau F., 29 Jahre alt, Heinersreuth b. Bayreuth i. Baiern. Drei Mädchen. Bericht der Frau Lehrer H. und der Hebamme Frau B.

„Die Drillingsgeburt war die 2. Entbindung der Frau, im ganzen hat sie fünfmal geboren. Die Wehen begannen um 12 Uhr nachts, früh 5 Uhr wurde das erste Kind, gegen 7 Uhr das zweite, zehn Minuten später das dritte geboren. Sämtliche Kinder lagen in Schädellage; auch die Nachgeburt kam von selbst, vorher blutete es stark. Ein Arzt war zur Hilfeleistung nicht anwesend; das Wochenbett verlief normal. Die Kinder waren alle 3 ausgetragen: ernährt wurden sie an der Mutterbrust, die Mädchen fingen zu laufen an, wie sie 1½ Jahr alt waren“. . .

„Die Mutter der Kinder ist eine sehr kräftige Frau und hat die Drillinge alle selbst gestillt. Nach der Photographie ist links die erste Geburt und wurde 18 Wochen gestillt, in der Mitte die zweite und wurde 26 Wochen gestillt und rechts die dritte ein Jahr, weil sie mit einem halben Jahre ein wenig krank war. Eine Hebamme war bei der Geburt nicht gegenwärtig, nur eine Nachbarsfrau. Die ersten Lebensjahre über waren die Drillinge immer gesund und sind heute sehr kräftige Mädchen. Beim Unterricht zeigten sie sich gering begabt, aber sehr willig. Sie sind gegenwärtig 16 Jahre alt und als landwirtschaftliche Mägde in Stellung.“ —

Fall III. Frau W. in G. bei Königshofen, Baiern. Ein Knabe, zwei Mädchen. Bericht des Herrn Bezirksarztes a. D. Dr. Hohn in Würzburg und des Herrn Lehrers H. in G.

„Das erste Kind, ziemlich kräftig, war, als ich kam, bereits ohne Kunsthilfe geboren, ein zweites, ebenfalls kräftiges Kind wurde danach mit der Zange geholt. Das dritte Kind lag in Steisslage und wurde mit geringer Beihilfe geboren, es war scheinot, erholte sich aber bald.“

„Der Knabe und eins von den Mädchen wurde ein volles Jahr, das zweite Mädchen, als die damals kräftigste, nur ein halbes Jahr gestillt. Letztere erhielt von da ab $\frac{1}{3}$ Wasser und $\frac{2}{3}$ Milch, wobei sich aber anfangs Verdauungsstörungen bemerkbar machten. Die beiden Mädchen liefen bereits vor Ablauf eines Jahres, während der Knabe erst mit dem vollendeten 3. Jahre das Gehen erlernte. Mit 10 Wochen bekamen sie Keuchhusten, den sie aber gut überstanden. Die beiden Mädchen machten in der Schule gute, der Knabe hingegen, als der minder veranlagte, anfangs nur geringe Fortschritte, später bessere. Auf dem Bilde, das im 12. Lebensjahre aufgenommen wurde, ist das grössere Mädchen das, welches ein volles, das kleinere das, welches ein halbes Jahr gestillt wurde. Letzteres leidet ab und zu an Blutarmut. Die Mutter hat übrigens später noch sechsmal je ein Kind geboren. Von den Drillingen, die jetzt 24 Jahre alt sind, ist der Knabe Schreinergeselle, eins von den Mädchen dient und das andere ist zu Hause bei ihrer Mutter.“ —

Fall IV. Frau Sch., 27 Jahre alt, in L. bei Hofheim, Baiern. Drei Knaben. Bericht des Herrn Pfarrer P. und des Herrn Dr. Kundmütter in Hofheim.

„Die betreffende Frau hatte das erste Mal vor $2\frac{1}{2}$ Jahren ein kräftiges Kind ohne Kunsthilfe geboren. In den letzten Monaten dieser 2. Schwangerschaft war sie infolge starker Ausdehnung des Leibes bei jeglicher Arbeit sehr behindert. Die Untersuchung ergab folgendes: Unterleib sehr stark und ausgedehnt; in der Unterbauchgegend beiderseits rundliche feste Tumoren fühlbar, nirgends kleine Teile. Herztöne beiderseits lebhaft neben der linea alba nach aussen zu hören. Das Fruchtwasser war bereits vor 3 Stunden abgegangen. — Bei der inneren Untersuchung fanden sich die beiden Tubera ischii bereits ins kleine Becken eingetreten. Analöffnung war zu fühlen. Da die Wehen wenig ausgiebig waren, wurde durch Einhaken des Zeigefingers in die Leistenbeuge ein 4 Pfund schweres Kind männlichen Geschlechts lebend extrahiert. Der Unterleib war

noch stark ausgedehnt und fest, bei der inneren Untersuchung war noch eine Fruchtblase zu fühlen. Durch dieselbe hindurch fühlte man die Stirne und nach rechts die oberen Augenhöhlenränder deutlich. Da die Wehen selten und schwach waren, wurde nach Ablauf von 2 Stunden die Blase gesprengt und die Zange angelegt. Das Kind $4\frac{1}{2}$ Pfund schwer, wurde lebend extrahiert. Eine nochmalige Untersuchung ergab das Vorhandensein eines dritten Kindes, das in Hinterhauptslage mit dem Rücken nach links lag. Da die Frau sehr erschöpft war, ohne Blutung zu haben, und keine Wehen eintraten, wurde sogleich die Wendung auf den linken Fuss gemacht und die Extraktion angeschlossen. Das Kind männlichen Geschlechts war asphyktisch, wurde jedoch mit Schulze'schen Schwingungen bald zum Schreien gebracht. Es wog gleichfalls $4\frac{1}{2}$ Pfund. Durch den Credé'schen Handgriff wurden 2 Plazenten, die miteinander verwachsen waren, zu Tage gefördert. Von der grösseren der beiden Plazenten gingen 2 Nabelstränge aus, nahe der Mitte inserierend. Der Blutverlust während der Geburt war nicht sehr bedeutend, der Wochenbettsverlauf normal.“

„Die 3 Knaben waren bei der Geburt noch nicht ganz ausgewachsen (8 Monate); 4—5 Wochen wurden sie ganz und gar mit Muttermilch gestillt. Dann versagten die Kräfte der Mutter, und man half nun neben der Muttermilch mit Hafermehl nach; der schwächste erhielt dann noch 4 Wochen länger die Mutterbrust. Trotzdem waren sie oft am Sterben. Einer hatte mit $\frac{3}{4}$ Jahren eine schwere Lungenentzündung, ein anderer die englische Krankheit, dazu bei allen Katarrhe den ganzen Winter über. Gegenwärtig sind die Burschen gerade so gut entwickelt wie die gleichalterigen, kräftig und widerstandsfähig; zwei von ihnen sehen einander so ähnlich, dass man sie nicht voneinander kennt.“

L i t e r a t u r.

- Vortisch, Afrikanische Sechslinge, Münchner. med. Wochenschrift 1904, Nr. 38.
 Honegger, J. Über Drillinge, Korrespondenzblatt der Schweizer Ärzte 1906, Nr. 20.
 Hartmann, kasuistische Mitteilung, Wiener klinische Wochenschrift 1903, Nr. 22,
 Waligorski, kasuistische Mitteilung, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie
 XVI. Jahrg.
 Lewinowitsch, Ein Drillingsabort, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie
 XVI. Jahrg.
 Saniter, Eineiige Drillinge, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie XLVI, 3.
 Zucker, kasuistische Mitteilung, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie
 XIV. Jahrg.
 Freureisz, Über Zwillingsgeburten. Az ikerterkessé gröl. Gynäkologie 1903, H. IV.
 Guzzoni, degli Ancarani Contributo alla statistia del parto multiplo. Atti della Soc,
 ital. di ost. e gin. Vol. VI Officina poligrafica Roma,
 Csatkai, Világrahozott bõrhiányok; hármás iker. Gyógyászat 1902, Nr. 39.
 Gerschun, Über 2 Drillingsgeburten. Centralblatt für Gynäkologie 1900, Nr. 52.



Die Verlagerungen des Uterus als Folgen von Aborten und Entbindungen und deren Therapie.

Von Dr. W. B. Müller - Berlin.

(Schluss.)

Weitere Folge- und Begleitumstände der Retroversio und Retroflexio uteri bestehen in Entzündungen des Uterus und seiner Adnexe. Als Krankheiten des Uterus, die in direktem Abhängigkeitsverhältnis vice versa mit den Rückwärtsverlagerungen stehen, sind die Endometritis und Metritis sowie die Perimetritis zu nennen. Es ist eine bekannte Tatsache, dass die Endometritis sich sehr oft mit Verlagerungen des Uterus kombiniert, und wenn ich auch dahingestellt lassen will, wie weit beide Leiden ursächlich von einander abhängig sind, denn es kann hier nicht auf den Streit, ob infolge Retroflexio uteri eine Endometritis entstehen kann, näher eingegangen werden, und es ist für uns hier auch gleichgültig, ob eine Retroflexio eine Endometritis nur begünstigt oder direkt hervorrufen kann, so steht doch die Tatsache fest, dass beide Leiden sehr oft zusammen vorkommen und in gewissen Abhängigkeitsverhältnissen zueinander stehen müssen. Sicher ist, dass durch die Retroflexio uteri in dem normalen Lymph- und Blutkreislauf der Gebärmutter hochgradige Störungen bedingt werden, und dass diese eine beginnende Endometritis ad malam partem beeinflussen und mit der Zeit enorm verschlimmern. Ebenso werden Metritiden und Perimetritiden durch diese Kreislaufstörungen begünstigt und verschlimmert. Jedenfalls muss als feststehende Tatsache angenommen werden, dass Metritis, Peri- und Endometritis bei bestehender Retroflexio nicht ausheilen und sich nicht bessern. Dafür hat man aber Beispiele genug, wo nach Beseitigung der Verlagerung sofort eine Besserung dieser Leiden eintrat und bald die vollkommene Heilung möglich war. Man kann nur zu leicht beobachten, dass durch Retroflexio in dem Corpus uteri eine hochgradige Stauung und als deren Folge Schwellung und Vergrößerung derselben entsteht, man fühlt den retroflektierten Uterus als vergrößerten, harten und geschwollenen Tumor im hinteren Douglas liegen. Nur zu leicht ist es erklärlich, dass durch die langen Lymph- und Blutzirkulationsbehinderungen, bei denen ja infolge der Gefäßversorgung natürlich die ableitenden Lymphbahnen und Venen stärker kombiniert werden, als die zuführenden und arteriellen Gefäße, Veränderungen eintreten. So entsteht eine dauernde Stauung und diese führt zur Schwellung.

Die Adnexe des Uterus sind natürlich ebenfalls einer Beeinträchtigung durch Rückwärtsverlagerungen des Uterus unterworfen und die in und um den Uterus entstehenden chronischen Entzündungen greifen sehr bald auch auf die Parametrien und Tuben sowie Ovarien über. Natürlich müssen Krankheitserreger, Staphylo-, Strepto- und Gonokokken, für all diese Entzündungen vorhanden sein als direkte Erreger, welche neben der indirekten Ursache, der Stauung durch die Retroflexio die Entzündungen erzeugen. Jeder-
 ♀ann weiss ja, wie enorm leicht die Infektion durch diese Kokken

ist, und da einer oder der andere dieser Erreger stets in der Vagina oder Zervix vorhanden ist, so erkennt man, dass die Verlagerung eine ebenso grosse Rolle bei der Entstehung dieser Entzündungen spielt. Ist die Schleimhaut des Uterus, der Tuben und Ovarien gesund, ist sie nicht durch Stauung verändert, so finden diese Bakterien auf ihr kein geeignetes Feld für ihre Weiterentwicklung und trotz Infektion entsteht keine Entzündung. Ist aber durch eine Retroflexio z. B. die Schleimhaut verändert, durch Stauung in ödematöse Auflockerung versetzt, so ist der Boden zum energischen Wachstum und der üppigen Entwicklung der Bakterien geeignet, wie kaum ein anderer. Auch die Tuben und Ovarien erleiden bei der Retroflexio uteri eine veränderte Lage, und die Zirkulationsverhältnisse werden gestört, was eben die Disposition zur Salpingitis und Oophoritis schafft.

Die Retroflexio bildet die schwerste Form der Rückwärtsverlagerungen des Uterus und ihre Einflüsse sind die hochgradigsten. Geringer natürlich sind die Einflüsse der Retroversio uteri, ja man kann sagen, dass eine Retroversio uteri eine geringfügige Lageanomalie an sich darstellt, denn unter derselben versteht man einen Zustand, bei welchem der Uterus mit seinem Fundus so gelegen ist, dass eine gerade Linie durch die Mitte des Vertex fundi und die Mittellinie der Zervix verläuft, also Corpus und Zervix uteri in einer Ebene liegen, wobei die Richtung dieser Ebene von oben nach unten oder vom Promontorium nach der äusseren Harnröhrenmündung geht. Die Lage, dass der Uterus aufgerichtet mit der Ebene vertikal steht, ist schon als Retroversion anzusehen. Diese Retroversio uteri wäre nun an sich als eine harmlose Anomalie anzusehen, wenn nicht ihr dauerndes Bestehen zur Ausbildung der Retroversio flexio und schliesslich der Retroflexio führte. Durch den Druck der Bauchpresse, Därme und den intraabdominalen Druck wird der Fundus uteri nach unten gedrückt, und da ein Ausweichen nach unten unmöglich ist, so entsteht eine Abknickung des Uterus in der Gegend des inneren Muttermundes und die Retroflexio ist die Folge. Man versteht also unter Retroversio die Verlagerung des Uterus ohne Abknickung nach hinten oben, unter Retroversio flexio die Verlagerung des Uterus mit beginnender Abknickung nach hinten und Retroflexio die vollkommene Abknickung des Uterus mit der Lage des Fundus nach hinten, wobei der Fundus in der Gegend vom Promontorium bis zum tiefsten Raum des hinteren Douglas gelegen ist. Der Winkel, welchen der Uterus aus der Richtung der Zervix und der des Corpus als Schenkel gebildet, mit dem Scheitelpunkt in der Gegend des inneren Muttermundes gelegen, aufweist, ist das Mass für die Grösse der Retroflexio. Es kommt vor, dass das Corpus uteri vollkommen im Douglas liegt und somit parallel der Zervix verläuft, so dass also dieser Winkel gleich 0° geworden ist. Dieser hochgradigste Zustand der Retroflexio ist selten, aber er kommt vor, namentlich wenn das Corpus uteri im Douglas fixiert ist. Es findet sich dann die Zervix bedeutend verlängert. Dieser Winkel verläuft also zwischen den Grössen von $180^\circ - 0^\circ$. Bei 181° beginnt die Retroversio flexio und bei 120° ungefähr kann man die Retroflexio beginnen lassen. Dieser

Unterschied ist also nur ein gradueller, die Retroversio flexio ist schon eine Retroflexio, nur will man durch diesen Namen den geringeren Grad der Retroflexio andeuten. Dass nun die Retroversio wenig Einfluss pathologischer Art auf Uterus und Adnexe hat, ist ersichtlich, aber sie gewinnt eminente Bedeutung, weil sie stets mit der Zeit in eine Retroflexio übergeht und jede Retroflexio beginnt mit einer Retroversio.

Namentlich nach Partus und Aborten beobachtet man, wenn nicht vorher schon Retroflexio bestanden hatte, stets zuerst eine Retroversio, welche aber sehr bald in eine Retroflexio übergeht, denn der Uterus ist in dieser Zeit schlaff, weich und äusserst biegsam, so dass schon der geringste Druck von oben vorn eine Retroflexio erzeugt. So ist es von ganz besonderer Bedeutung, die Retroversio sofort zu diagnostizieren und zu beseitigen, was äusserst leicht möglich ist.

Schon von der Zeit an, wo der Uterus die Grösse einer Birne erreicht, beginnt sich die Retroversio auszubilden, wenn sich der Uterus nicht in die normale Anteversionslage zurückbegeben will. Welche Gründe hierzu massgebend sind, das lässt sich nicht so leicht bestimmen, es kommen neben den rein physikalischen wohl auch physiologische Momente in Betracht, die zur Lagerung nach vorn oder hinten prädisponieren. Jedenfalls bestehen nach Entbindungen und Frühgeburten ganz besonders viel zur Retroversion disponierende Momente, selbst wenn auch vorher nie eine Retroflexio bestanden hatte. Man muss also nach diesen Zuständen stets auf eine Rückverlagerung des Uterus fahnden.

Die Prognose ist als durchaus günstig zu stellen, wenn man möglichst zeitig, also bald nach dem Partus oder Abort, die Retroversio entdeckt. Man kann sagen, dass der Befund einer Retroversio allemal eine günstige Prognose ergibt. Findet man eine Retroversio flexio, so ist ebenfalls noch eine günstige Prognose zu stellen, doch der Zustand ist schon bedeutend ernster, denn hierbei dauert es länger bis sich der Uterus wieder in die normale Lage gewöhnt hat. Findet man eine Retroflexio, so muss man zunächst erforschen, wie lange besteht dieselbe. Ist seit der letzten Entbindung nur kurze Zeit, 3—12 Wochen verlossen, so ist noch eine leidlich günstige Prognose zu stellen. d. h. man kann dann die Verlagerung noch ohne Operation beseitigen. Ist ein längerer Zeitraum, als $\frac{1}{2}$ Jahr verlossen, so kann man nicht in allen Fällen auf Heilung ohne Operation rechnen. In allen Fällen, wo die Verlagerung längere Zeit bestanden hat, sind hochgradige Veränderungen im Zustande des Uterus selbst sowie der Parametrien und Adnexe eingetreten, welche eine Beseitigung der Verlagerung des Uterus kaum ohne Operation ermöglichen. Wenn man auch versucht, den Uterus in die normale Lage durch Aufrichten zu bringen und eventuell in dieser Korrektur zu erhalten durch Einlegen von Pessarien in die Vagina, so muss man doch sich von Anfang an bewusst sein, dass nur in seltenen Fällen dies gelingt, während in den meisten der Uterus nicht in der Anteversionslage verbleibt und trotz Pessars wieder

zurücksinkt. Es ist also auch für die Heilung sehr wichtig, dass der Arzt die Verlagerung möglichst gleich entdeckt.

Die Therapie der Rückwärtsverlagerungen des Uterus ist eine recht vielseitige und mannigfaltige, da eine Menge von Nebenerkrankungen mit einer besonderen Therapie in Angriff genommen werden müssen. Zunächst muss man in allen Fällen die Lage des Uterus korrigieren, ehe man daran denkt, die sekundären Erkrankungen zu behandeln. Es hat z. B. sehr wenig oder gar keinen Erfolg, wenn man eine bestehende Endometritis durch Ätzungen etc. behandelt, wenn man nicht vorher die bestehende Retroflexio beseitigt hat. Die Endometritis wird da absolut unbeeinflussbar erscheinen, oder eine geringe Besserung wird momentan eintreten, die aber schon nach wenigen Tagen wieder einer Verschlimmerung Platz macht. So kommt es vor, dass lange Zeit erfolglos behandelt wird und Arzt und Patientin meinen schon, ein unheilbares Leiden vor sich zu haben; aber weit gefehlt, die Endometritis geht sofort oft ohne grosse therapeutische Hilfe zurück und in dauernde Heilung über, nachdem die Retroflexio beseitigt ist. Deshalb ist es so ungeheuer wichtig, bei allen Genitalleiden der Frauen die Lage des Uterus genau festzustellen.

Wie man nun die Retroflexio uteri beseitigt, das soll noch kurz erörtert werden. Es gibt verschiedene Methoden, auf welche man die Rückwärtsverlagerungen des Uterus beseitigen kann. Man kann sie in 2 Gruppen zusammenfassen, in operative und nichtoperative Behandlungsmethoden. Im allgemeinen muss man den Unterscheidungsgrund beim Festsetzen dieser beiden Arten so verstehen, dass je nach Art der Verlagerung die operative oder nichtoperative Methode massgebend ist, wobei es aber nicht in die Hand des Arztes gegeben ist, ob er die oder jene Methode bei einem Falle wählt, sondern die eine oder andere Behandlungsart wird bestimmt von dem Zustand der Genitalorgane gefordert.

Die nichtoperativen Behandlungsmethoden bestehen in der Korrektur der Verlagerung und der Fixierung des Uterus in der normalen Lage. Die Korrektur geschieht auf die bekannten Arten, entweder manuell, indem man mit der einen Hand mit 2 Fingern in die Vagina fasst, und die andere Hand von den Bauchdecken aus arbeiten lässt. Die Portio vaginalis uteri findet sich beim Touchieren entweder in der Richtung der Wirbelsäule, dann handelt es sich um eine Retroversio, oder die Portio steht in der Richtung von hinten oben nach vorn unten, dann ist eine Retroflexio vorhanden. Nun muss man nach dem Corpus uteri tasten, welches man in entsprechender Lage im Douglas oder in der Gegend des Promontorium findet. Um den Uterus aus dieser pathologischen Lage in die normale Anteversion zu bringen, muss man mit den Fingern von der Scheide aus das Corpus, den im hinteren Douglas fühlbaren Fundus uteri nach oben schieben und durch Heben an der Zervix nach vorn zu schieben suchen, während man mit der anderen Hand von den Bauchdecken aus den Fundus uteri zu umfassen und nach vorn zu drücken sucht. So kann man jede bewegliche Retroflexio aufrichten, es gelingt in den meisten Fällen, nur in den seltensten Fällen

muss man Narkose zu Hilfe ziehen. Eine solche kann aber meist entbehrt werden; nur wenn die Scheide sehr eng und der Uterus fixiert und hinten verwachsen ist, muss man eventuell Narkose haben. Jedenfalls muss man erst einmal versuchen, ohne Narkose die Gebärmutter aufzurichten.

Eine andere, aber nicht so harmlose Art, den Uterus aufzurichten, ist die mittelst der Sonde. Man stellt sich die Portio in ein Spekulum ein, fixiert sie mit ein oder zwei Kugelzangen und führt die Sonde ganz hinein. Dann entfernt man die Kugelzangen und hebt mit der Sonde das Corpus uteri auf und verlagert es nach vorn. Das geht bei nicht verwachsenem oder nicht eingeklemmtem Uterus ganz leicht. Ist der Uterus verwachsen und manuell nicht beweglich, so darf man diese Sondenmethode nie anwenden, denn sie ist sehr gefährlich. Die Gefahr bei dieser Methode besteht darin, dass man mit der Sonde den Uterus durchbohrt. Meist ist die Uterusmuskulatur nicht so fest und stramm, wie bei einem gesunden Uterus; dies rührt von der Metritis und kurze Zeit voraufgegangenen Aborten her. Wenn es sich um solche Uteri, namentlich um puerperale, solche, die vor 2 bis 12 Wochen entbunden haben, handelt, soll man nie die Sondenmethode anwenden, denn eine Perforation des Uterus ist zu leicht möglich und deren Folgen können äusserst schwere sein. Man kommt auch meist mit anderen Methoden zum Ziele.

Eine fernere Methode ist folgende, welche ich immer da anwende, wo der Uterus manuell schwer aufzurichten und teilweise fixiert oder eingeklemmt ist. Die Portio wird in einem zerlegbaren Spekulum eingestellt (Kusko, Neugebauer, nicht Milchglas oder Röhrenspekulum) und dieselbe mit einer starken Kugelzange festgehalten: Ich nehme dafür eine 2–3 zinkige Hakenzange, mit welcher ich die Zervix in ihrer ganzen Dicke fasse, die eine Branche fasst die vordere, die andere die hintere Zervixwand. Nun entferne ich das Spekulum. Dann wird an der Zange die Portio weit nach unten, bis in den Introitus vaginae gezogen, während die andere Hand von den Bauchdecken aus versucht, den Fundus zu erfassen. Wenn man denselben mit den Fingerspitzen erfasst hat, wird unter Drängen desselben nach vorn die Zervix durch die Zange nach hinten oben gestossen. Dabei schnellst stets der Fundus nach vorn. Man kann nun einen Ring einlegen, während man durch Druck mit der Zange den Uterus in normaler Lage hält. Durch das starke Herabziehen der Portio wird der Uterus aufgerichtet und man bringt ihn in allen Fällen nach vorn; selbst Verwachsungen leichten Grades kann man damit lösen. Nur bei totaler Verwachsung gelingt es nicht. Diese Methode ist nächst der bimanuellen am meisten zu empfehlen, da sie ganz gefahrlos und doch leicht ausführbar ist.

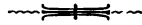
Wenn man nun den Uterus in die Normallage gebracht hat, muss man ihn in derselben längere Zeit fixiert halten, wenn er nicht selbst in derselben verbleibt, sondern was er meist zu tun pflegt, wieder in die Retroflexionslage zurück strebt. Zu diesem Zwecke stehen Pessare zur Verfügung. Welches Pessar am passendsten ist, muss von Fall zu Fall entschieden werden. Es ist nicht möglich,

hier des genaueren auf die Pessarbehandlung einzugehen, dies muss in einer besonderen Abhandlung geschehen. Meistens kommt man mit einem Meyer'schen, Hodge- oder Hutchinson-Pessar aus.

Ist es unmöglich, eine normale Lage dauernd durch ein Pessar zu erhalten oder kann man den Uterus gar nicht in die normale Lage bringen (Verwachsungen, Prolapse etc.), so muss man operativ eingreifen. Handelt es sich um junge Frauen, so wird man die Alexander-Adams'sche Operation wählen, welche sehr leicht ausführbar ist und den Uterus dauernd vorn erhält, oder man verkürzt die Ligamenta rotunda im Leib per laparotomiam oder durch vaginale Koeliotomie. Weiter kann man noch die Vaginifixation anwenden. Bei Frauen, die dem Klimakterium nahe sind, wird man die Ventrifixation machen, wenn man der Verwachsungen wegen so wie so laparotomiert. Sonst kann man die Alexander-Adams'sche O. oder die Vaginifixur machen. Der Wert der Operation ist ganz nach den obwaltenden Verhältnissen zu veranschlagen. Am häufigsten werden die Alexander-Adams'sche Operation und Bandverkürzungen durch Laparotomie verwendet werden müssen und am meisten zu empfehlen sein.

Des genaueren kann hier nicht auf die Operationen eingegangen werden; ich will nur bemerken, dass auf irgend eine Art die Verlagerung beseitigt werden muss, sei es operativ oder durch zeitweiliges Einlegen von Pessaren, denn nur durch Korrektur der Lage kann man auf die anderen Erkrankungen günstig einwirken und dieselben dauernd beseitigen. Ich habe an der Hand von vielen Fällen erkannt, welch enger Zusammenhang zwischen den entzündlichen Erkrankungen des Uterus und der Adnexe und den Lageveränderungen des Uterus besteht. Ferner habe ich, wie oben schon erwähnt, bei enorm vielen Frauen nach Entbindungen und Aborten Rückwärtsverlagerungen des Uterus nachgewiesen und als deren Komplikationen Endometritis und Entzündungen der Parametrien, Eileiter und Ovarien gefunden. Die Frauen bemerken nicht sofort eine Verlagerung der Gebärmutter, erst Wochen und Monate nach dem Abort oder Partus treten solche oft erst ein, und wenn Kreuz- und Leibschmerzen schon beim ersten Verlassen des Bettes vorhanden sind, so achtet die Frau nicht auf dieselben in Anbetracht der Hoffnung, dass dieselben mit der Zeit von selbst zurückgehen und verschwinden. So vergeht die Zeit der besten Hilfe, denn, wenn erst der Uterus längere Zeit in der Rückwärtsverlagerung zugebracht hat, hat er sich derselben angepasst und ist dann schwer wieder dauernd in normale Lage zu bringen. Es ist daher Pflicht des Arztes, jede Frau, welche er entbunden oder wegen eines Abortes behandelt hat, ca. 14 Tage nach der Entbindung noch einmal genau auf den Zustand der Genitalorgane zu untersuchen, damit er die genannten Veränderungen sofort erkennen und beseitigen kann. Den Frauen muss von den Ärzten immer und immer wieder klar gemacht werden, welche Folgen nach Entbindungen und Aborten eintreten können und nur zu oft sich einstellen, damit die Frauen die Beschwerden beachten und zum Arzt gehen, sobald sie Beschwerden der geringsten Art empfinden. Die Frau muss auch nach normal

verlaufenen Entbindungen und Aborten ohne ärztliche Hilfe sich beobachten und bei den ersten Zeichen den Arzt rufen. So sollte man auch die Hebammen darauf aufmerksam machen, damit sie den Frauen, die sie entbinden, Anweisungen geben, worauf sie in den ersten Monaten nach den Entbindungen Rücksicht zu nehmen haben. Die Frauen müssen auch die geringsten Beschwerden beachten; die leisesten Kreuzschmerzen, ein undefinierbares Gefühl im Leib, das Gefühl, als falle der Leib weg, ein Druck im Rücken etc. deuten auf Verlagerung des Uterus hin und sie müssen den Arzt fragen, der ihnen allein helfen kann. Je eher die Frau in solchen Fällen vom Arzt behandelt wird, um so besser ist es für sie und um so mehr Aussicht hat sie, für ihr künftiges Leben ihre Gesundheit zu erhalten zum Wohl ihrer selbst und ihrer Familie.



Die Behandlung der habituellen Verstopfung mit Regulín.

Von Dr. J. Silberstein in Wien.

Bei der Empfehlung eines neuen Mittels wird heute jeder Arzt von vornherein eine gewisse Skeptis bewahren. Denn die allgemeine Strömung favorisiert heute mehr die physikalische Therapie und an das Medikament wird ein strenger kritischer Massstab angelegt. Nichtsdestoweniger ist es kaum möglich, die ganze interne Therapie ohne medikamentöse Behelfe durchzuführen. Für gewisse krankhafte Zustände, wie die chronische Obstipation, hat ja die diätetische Behandlung, die Massage, Elektrizität ganz respektable Erfolge zu verzeichnen, dies hindert aber nicht, dass gewisse und nicht wenige Fälle ohne interne Mittel nicht zu beeinflussen sind, und dieser Umstand gibt dem Bestreben, ein gutes Abführmittel herzustellen, seine Berechtigung.

Denn so gross auch die Zahl der bekannten Abführmittel ist, so haftet doch allen, auch den am mildesten wirkenden, ein gewisser Nachteil an. Bei allen wird die Abführwirkung durch eine mehr oder weniger starke Reizung der Darmschleimhaut erkauft, ja bei vielen erstreckt sich diese Reizwirkung auf die Leber und die Nieren. Wenn man nun in Betracht zieht, dass bei vielen Fällen von Obstipation an und für sich ein Katarrh der Darmschleimhaut vorhanden ist, so wird man es dem Arzte nicht verargen, wenn er gegen die Verordnung von Abführmitteln in solchen Fällen Bedenken hegt.

Dass die Behandlung der Obstipation oft auf Schwierigkeiten stösst, liegt nicht zum wenigsten daran, dass wir über die Ursachen derselben noch sehr wenig unterrichtet sind. Ja, es ist nicht einmal eine scharfe Grenze zwischen dem normalen und pathologischen zu ziehen. Wenn wir auch die täglich einmalige Stuhlentleerung für das beste halten, so gibt es doch ganz gesunde Leute, die jañraus, jahrein jeden zweiten oder jeden dritten Tag Stuhl haben. Noth-

nagel sagte in seinen Vorlesungen, dass die Darmperistaltik auf einen gewissen Gang, ähnlich wie ein Uhrwerk, eingestellt ist. Dieser normale Ablauf der Darmperistaltik wird durch die beständige physiologische Reizung der Darmnerven von seiten der Contenta unterhalten. Diese normalen Reize sind zum Teil mechanischer Natur z. B. Dehnung der Darmwand. Das Volumen der Contenta spielt bei der Erregung der normalen Peristaltik eine grosse Rolle. Dieses Volumen ist zum Teil abhängig von der Menge der eingeführten Nahrung, zum Teil aber auch von der Art derselben, und es ist z. B. bekannt, dass vegetarische Kost voluminöseren Stuhl erzeugt als Fleischkost. Die in den Pflanzen enthaltene Zellulose ist nämlich so gut wie unverdaulich. Als mechanisches Moment kommt übrigens auch die Reizung der Darmwand durch grössere unverdauliche Partikel (Fruchtschalen, Hülsen, Kerne, Steinzellen) in Betracht, worauf z. B. die stuhlbefördernde Wirkung des Grahambrotes beruht.

Gewiss ist aber auch für die Unterhaltung der Peristaltik der chemische Reiz des Darminhaltes wichtig. Die bei der Verdauung und bakteriellen Zersetzung des Darminhaltes gebildeten Stoffe wirken in verschiedenem Grade auf die Peristaltik erregend. Von den Darmgasen gilt dasselbe.

Die diesbezüglichen Verhältnisse haben in den letzten Jahren durch die Arbeiten von A. Schmidt, Strassburger und Lohrich eine bedeutende Klärung erfahren. Die genannten Forscher haben zunächst durch chemische und mikroskopische Untersuchungen nachgewiesen, dass bei der habituellen Obstipation, und nur auf diese beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen, die Nahrung über die Norm ausgenützt wird. Bei Ausnutzungsversuchen zeigte sich, dass sowohl die Trockensubstanz des Kotes als auch die Stickstoffmenge bei Obstipation geringer ist als unter normalen Verhältnissen. Während sonst angenommen wird, dass infolge des längeren Verweilens der Contenta im Darm, diesen mehr Wasser entzogen wird, und der Stuhl daher an Volumen verliert, nimmt nun Schmidt geradezu einen umgekehrten Kausalnexus an. Der Obstipierte nützt die Nahrung besser aus. Infolgedessen bietet der Darminhalt in den unteren Darmabschnitten den Bakterien weniger Nährstoffe. In der Tat haben Zählproben dies bestätigt. Wo aber weniger Bakterien sind, ist auch die Zersetzung und Fäulnis geringer, deren Produkte ja die Peristaltik des Dickdarms besonders anregen. Daher das lange Verweilen der Fäzes im Dickdarm, wo dann allerdings noch eine Wasserentziehung stattfinden kann. Die letztere spielt jedoch bei der Aetiologie der Obstipation nur eine nebensächliche Rolle, insofern, als sie das Volumen der Fäzes noch mehr reduziert und die Kotsäule insonderheit an Schlüpfrigkeit einbüsst.

So sehr diese Pathogenese der Obstipation durch einwandfreie Untersuchungen und Experimente gestützt ist, hat sie ihre praktische Bedeutung doch erst dadurch erhalten, dass es A. Schmidt gelungen ist, durch eine diesem Gedankengange entsprechende Therapie die habituelle Obstipation erfolgreich zu behandeln. Indem Schmidt die zu starke Ausnützung der Nahrung als das Primäre ansah, in deren Gefolge das Volumen und der Wassergehalt des Kotes ver-

ringert wird, suchte er nach einer geeigneten Substanz, welche die Eigenschaft hat, Volumen und Wassergehalt des Kotes zu vermehren. Eine Substanz, welche diesen Anforderungen entspricht, ist das bekannte Agar-Agar. Diese aus einer ostasiatischen Meeralse stammende Droge ist sehr quellungsfähig, fast vollkommen unverdaulich, und besteht neben ca. 0,6% Zellulose, hauptsächlich aus einer gummiartigen Substanz (Pararobin). Für die interne Verwendung kommt nur der sogenannte Streifenagar in Betracht. Gibt man ca. 20—25 g der in Schüppchen geschnittenen Streifen, so findet man den gequollenen Agar im Stuhle wieder und zwar, wie Untersuchungen der Trockensubstanz gezeigt haben, die ganze eingeführte Agarquantität. Der Zellulosegehalt des Agarstuhles zeigte sogar bei Obstopierten ein Plus, das nicht durch die Zellulose des Agars selbst gedeckt war, so dass das Agar auch die Resorption der zellulosehaltigen Nahrungsmittel zu erschweren scheint. Das wirkliche Gewicht des feuchten Kotes nimmt aber nach Agarzufuhr infolge des hohen Wassergehaltes bedeutend zu und dementsprechend das Volumen. Am wichtigsten ist jedoch die Tatsache, dass nach den obenerwähnten Tagesdosen viele Obstopierte spontan Stuhl entleerten. Wie aber für die normale Peristaltik nicht allein das Volumen des Darminhaltes massgebend ist, sondern insbesondere auch die chemische Beschaffenheit, insofern als die Darmwände durch gewisse Zersetzungsprodukte zur Kontraktion angeregt werden, so zeigt sich auch, dass mit der Volumsvermehrung des Kotes durch Agar in einer Anzahl von Fällen der Erfolg bei Obstipation ausbleibt. Es fehlt hier infolge des geringen Bakteriengehaltes des Kotes und der davon abhängigen Zersetzung desselben der erwähnte chemische Reiz.

Diesem Umstande hat Schmidt in der Weise Rechnung getragen, dass er dem Agar 25% eines wässerigen Kaskaraextraktes zusetzte. Das dieser Zusatz keine abführende Wirkung hat, weil er zu gering ist, ergibt sich aus den zur Anwendung kommenden Dosen. Die Herstellung dieses Kaskaraagars hat die chemische Fabrik Helfenberg übernommen, welche ein in pharmazeutischer Hinsicht tadelloses Präparat durch geeignetes Verfahren erzeugt und dasselbe unter dem Namen Regulín in den Handel bringt. Diese Bezeichnung ist insofern zutreffend, als dieses Mittel keine eigentlich abführende Wirkung hat, sondern vielmehr nur den Stuhlgang regelt. Die Wirkung ist auch nicht andauernd und das Mittel muss täglich genommen werden. Andererseits gehen aber dem Regulín alle die Nachteile ab, die mit dem längeren Gebrauche von Abführmitteln verbunden sind. Es ist reizlos, stört weder Appetit noch Verdauung, ruft keine Kolikschmerzen hervor.

Das Regulín wird entweder in der ursprünglichen Form der braunen, trockenen Schüppchen verordnet oder wie z. B. in der Kinderpraxis in Form von Schokoladetabletten. Von ersteren gibt man 1—2 Esslöffel täglich, von letzteren 2—3 Stück 1—2 mal im Tage. Indes genügen manchmal schon geringere Dosen, wie andererseits auch grössere Gaben im Stiche lassen können, was abgesehen davon, dass nicht jede Verstopfung für die Regulínbehandlung geeignet ist, zunächst davon herrühren kann, dass Kolon und Rektum

von alten Kotmassen verlegt sind. Es ist daher ratsam, im Beginne der Behandlung chronischer Obstipationen, wenn bereits einige Tage kein Stuhl vorhanden war, zuerst durch Klysmen und eigentliche Abführmittel den Darm zu reinigen und dann erst mit dem Regulin zu beginnen. Auch tritt die Wirkung des Regulins im allgemeinen später ein als nach den gewöhnlichen Abführmitteln, was uns ja nicht wundern kann, da wir doch wissen, dass das Regulin nicht die Peristaltik über die Norm beschleunigt. Nach Regulinanwendung selbst in grossen Dosen tritt keine Diarrhöe ein und diese Tatsache ist für den Praktiker sehr schätzenswert; denn während sonst der Effekt der internen Behandlung mit fast allen gebräuchlichen Abführmitteln ein fortwährendes Hin- und Herpendeln zwischen diarrhöischen und Verstopfungsperioden ist, gelingt es mit dem Regulin meist eine normale Stuhltätigkeit zu erzielen.

Was nun das Anwendungsgebiet für das Regulin betrifft, so sind alle Fälle von mechanischen Hindernissen der Darmbewegung, Tumoren, Einklemmungen etc. selbstverständlich auszuschalten, welche ja ohnehin meist der chirurgischen Behandlung zufallen. Das grösste Kontingent liefert die habituelle Obstipation, deren Pathogenese eben Schmidt aufgedeckt hat. Es werden hierher alle Fälle gerechnet, wo die chronische Verstopfung keine nachweisbare anatomische Ursache hat. Dagegen ist die Obstipation fast nie ohne Folgezustände, welche letztere eigentlich ja erst den Patienten zum Arzte führen. Abgesehen von den verschiedensten subjektiven Klagen, wie Schwere, Völle, ziehende Schmerzen im Bauch, Kreuz, unteren Extremitäten, können als direkte Folgen der chronischen Verstopfung auftreten Typhlitis, Appendizitis, Kolitis, Haemorrhoiden. Die entzündlichen Zustände bilden wie erwähnt keine Kontraindikation gegen die Verordnung von Regulin. Bei Frauen finden sich sehr häufig Folgezustände im Genitaltrakt, wie chronische Entzündungen, Verlagerungen der Gebärmutter, Menstruationsbeschwerden. Diese schwinden dann meist von selbst nach längerer Behandlung mit Regulin, wie ich mehrmals wahrzunehmen Gelegenheit hatte. Auch die Fettleibigkeit ist in gewissem Sinne und Grade eine Folge der chronischen Verstopfung, wovon später die Rede sein wird.

Als häufigste Begleiterscheinungen resp. Folgezustände der chronischen Obstipation findet man verschiedene nervöse Beschwerden, Kopfschmerzen, Neuralgien insbesondere des Trigemini, allgemeine Verstimmung, welche sich bis zur ausgesprochenen Hypochondrie steigern kann. Andererseits tritt Stuhlverstopfung auch im Gefolge depressiver Geisteskrankheiten (Melancholie etc.), was natürlich für den voraussichtlichen Erfolg der Regulinbehandlung minder günstig ist.

Von den 14 Fällen, welche ich mit Regulin behandelt habe, sind neun von der Obstipation durch Regulin entschieden befreit, bei zweien musste von Zeit zu Zeit mit Klystier nachgeholfen werden, 3 blieben unbeeinflusst.

Einige Fälle erwähne ich nachfolgend:

Eine 62 jährige Frau leidet seit Jahren an Stuhlverstopfung mit eigentümlichen ziehenden Schmerzen im Unterleib. Die Patientin hat schon viele Ärzte konsultiert und bereits verschiedene Kuren

mitgemacht ohne andauernden Erfolg. Von internen Mitteln sind bereits auch fast alle versucht, Cascara noch mit relativ bestem Erfolg. Ich selbst kenne die Kranke bereits 3 Jahre, konnte ihr bisher nicht viel helfen. Als ich ihr endlich einmal das Regulin gegeben hatte, war ich erstaunt, von der Patientin zu hören, dass ihr die Tabletten gut täten. Sowohl die Stuhlträgheit, wie auch die Schmerzen waren verschwunden.

Ein 38 jähriger, dem Lehrberuf angehörender Mann. Stuhlbeschwerden seit zwei Jahren. Massage und Faradisation wurden bereits ohne Erfolg angewendet. Regulin 10 g pro die bleibt ebenfalls ohne Wirkung durch 3 Tage. Erst am 4. Tage Stuhl, auf Zureden nimmt der Patient dennoch das Regulin weiter. Eine 14 tägige Aufschreibung des Mannes zeigt folgendes Resultat:

4. Tag . . .	1 Stuhl	11. Tag . . .	2 Stuhl
5. " . . .	1 "	12. " . . .	1 "
6. " . . .	1 "	13. " . . .	1 "
7. " . . .	1 "	14. " . . .	0 "
8. " . . .	—	15. " . . .	1 "
9. " . . .	1 "	16. " . . .	1 "
10. " . . .	1 "	17. " . . .	1 "

Dabei war der Kot und Lebensweise ganz unverändert geblieben.

Bei einer fettleibigen Frau mit chronischer Stuhlverstopfung trat als unbeabsichtigte, aber sehr erwünschte Nebenwirkung eine allmähliche Abnahme des Körpergewichtes ein, welche im Verlaufe von 6 Wochen 5 kg erreichte. Da das Regulin keine Diarrhöen erzeugt und auch die Diät der Frau keine Einschränkung gegen früher erlitt, kann diese Entfettung wohl nur so erklärt werden, dass das Regulin die Resorption der Kohlenhydrate hemmt, was ja tatsächlich erwiesen ist.

Im Anschlusse an diesen Fall wollte ich bei einer anderen, ebenfalls fettleibigen Frau, welche jedoch nicht über Stuhlverstopfung klagte, mit Regulin eine Entfettung durchführen, hatte jedoch keinen Erfolg. Überhaupt scheint es, dass das Regulin nur bei der mit chronischer Obstipation verbundenen Fettleibigkeit eine Wirkung im obigen Sinne hat und dass es Formen von Fettsucht gibt, welche nicht auf eine übernormale Darmresorption mit chronischer Stuhlverhaltung zurückzuführen sind. Ich erwähne beispielsweise die mit Emphysem und anderen Lungen- resp. Herzkrankheiten vereint auftretende Fettleibigkeit, bei welcher der Fettansatz gewiss auf die verringerte Oxydationskraft des Blutes zurückzuführen ist. Hier ist natürlich vom Regulin nichts zu erwarten, bei der erstgenannten Gruppe von Obesitas möchte ich dagegen schon die Anwendung des Regulins für sich behufs Erzielung einer ganz langsamen Abnahme des Gewichtes empfehlen.

Einen eklatanten Erfolg hatte ich bei einer hartnäckigen Supraorbitalneuralgie, von welcher eine junge Person lange Zeit hindurch zu leiden hatte. Salizyl- und Chininpräparate verschlechterten eher den Zustand, indem zu den Schmerzen noch Ohrensausen und Schwindel hinzutraten. Der Stuhlgang war sehr unregelmässig, es

wechselte Obstipation mit Diarrhöe. Mit Regulin gelang es in wenigen Tagen alle Beschwerden zu beseitigen.

Abgesehen von den Fällen der habituellen Obstipation gibt es noch genug Gelegenheiten, wo der Arzt das Präparat mit Nutzen verwenden kann, wie ja überhaupt die Sorge für einen geregelten Stuhlgang einen grossen Teil unserer therapeutischen Massnahmen insbesondere bei bettlägerigen Patienten in Anspruch nimmt. Denn es ist eine sich täglich wiederholende Tatsache, dass ein längeres Kranklager die Regelmässigkeit des Stuhlganges stört, was auch immer für Grundeiden bestehen mag. Eine der wichtigsten Ursachen dieser Form der Verstopfung dürfte wohl die geringere Nahrungsaufnahme des bettlägerigen Patienten sein. Mit internen Mitteln hier einen häufigeren Stuhlgang zu erzielen, wäre in solchen Fällen nicht passend und man würde den durch das Kranklager herabgekommenen Patienten noch mehr schwächen. Dagegen gelang es mir stets in solchen Fällen, durch Verabreichung von Regulin auf eine den Patienten nicht im geringsten belästigende Weise regelmässigen, täglichen Stuhlgang zu erzielen.

Unter anderen erwähne ich insbesondere einen Fall von Magenkrebs mit chronischer Unterernährung und hartnäckiger Verstopfung, welche durch Morphingebrauch nochverst rkt wurde. Interne Abführmittel wurden teils erbrochen, teils waren sie ohne Wirkung oder verursachten nur grosse Schmerzen. Klysmen konnten äusserlicher Verhältnisse halber nicht immer gemacht werden. So machte ich denn einen Versuch mit Regulin und siehe, es wurde gut vertragen und hatte die gewünschte Wirkung.

Bei einer Frau, welche an Typhlitis erkrankt war, konnte ich sehen, dass auch bei akuten Darmerkrankungen das Regulin ohne Nachteil gegeben werden kann, daneben ein Klysma und Eisumschl ge. Die Frau war nach einigen Tagen wiederhergestellt.

Neben dem Agar fand Schmidt bei seinen Versuchen nur eine Substanz von annähernd gleicher Wirkung, das Paraffin (Ung. Paraffini Ph. g.). — Auch dieses ist eine Substanz, welche vom Darm nur in geringer (33 %), allerdings nicht so geringer Menge resorbiert wird wie das Agar. Dagegen fehlen dem Paraffin zwei sehr ins Gewicht fallende Eigenschaften des Agars, nämlich grosse Aufnahmefähigkeit für Wasser und die damit verbundene Quellung. Die Wirkung des Paraffins reicht daher bei weitem nicht an die des Regulins. Wenn Schmidt sich bewogen fühlte, auch das Paraffin zur Bekämpfung der Obstipation heranzuziehen, so kann dies doch nur neben dem Regulin geschehen. Es wurde auch dementsprechend für das mit 10 % Cascara behandelte Paraffin die Bezeichnung Pararegulin gewählt. Es wird in Kapseln   3 g dispensiert (ebenf lls von der chem. Fabrik Helfenberg A.-G.). Man gibt das Pararegulin neben oder abwechselnd mit Regulin, wobei 3 Kapseln pro die genügen. Für eine alleinige Behandlung mit Pararegulin wären zu grosse Dosen notwendig.

Ich möchte am Schlusse meines Berichtes noch hinzufügen, dass bereits ziemlich viele günstige Urteile teils von klinischer Seite, teils von praktischen Ärzten über das Regulin vorliegen. Der durch-

schnittliche Prozentsatz der guten Erfolge ist ca. 90 %, wobei noch in Betracht kommt, dass bei einem neuartigen Präparate, wie es das Regulon ist, manche Ärzte auch ausserhalb des eigentlichen Rahmens seiner Wirkung, der habituellen Obstipation, einen Versuch mit demselben gemacht haben werden. Die ganz eigentümliche Anschauung Schmidts über das Wesen der habituellen Verstopfung wird gewiss auch für viele Ärzte ein Anreiz sein, diesen neuen Weg zur Bekämpfung dieses Leidens zu betreten.



Referate über Frauenheilkunde.

Ein Fall von Hypospadiasis vulviformis (Dugès). Von Dr. C. N. Vasiliu. Spitalul, Nr. 24, 1907.

Der Verfasser beschreibt ein 11 jähriges Mädchen, bei welchem die nähere Untersuchung gezeigt hatte, dass das Geschlecht unrichtig angegeben war und es in Wirklichkeit um einen Fall von scheinbarem Hermaphroditismus handelte, wo durch Spaltung beider Skrotalhälften, Kleinbleiben des hypospadiasischen Penis ein weibliches Genitale vorgetäuscht wurde. Von einer Vagina und einem inneren weiblichen Genitale war selbstverständlich keine Spur zu finden.

E. T o f f - Braila.

Consistency in aseptic surgical technique. Von Dr. J. E. Sadlier. The americ. jour. of obstetr., Dez. 1907.

Sadlier betont die eminente Wichtigkeit der Beobachtung peinlichster Asepsis bei Operationen zur Erzielung guter Resultate; dieselbe ist ebenso wichtig, wie die persönliche Geschicklichkeit des Operateurs. Ferner empfiehlt er, die Person des Assistenten nicht zu oft zu wechseln, und ihn ev. durch eine gut geschulte Wärterin zu ersetzen. Auch auf den Nutzen, möglichst wenig Assistenten an der Wunde zu verwenden, weist er hin. Zur Vorbereitung der Kranken zur Operation benutzt er Gummihandschuhe, während er sie für die Operation selbst für überflüssig hält, wenn nur die Hand des Operateurs nicht mit infektiösem Material in Berührung gekommen ist. Als Nahtmaterial wird Jodkatgut, Silk oder Zwirn empfohlen. Wichtig ist es ferner bei der Naht schichtweise die zueinander gehörigen Gewebe genau miteinander zu vereinigen.

B u r c k h a r d - Würzburg.

An unusually large dermoid tumor of the ovary. Von W. H. Humiston. Ibidem.

Ein seltener Fall von malignem Dermoid (Karzinom) des Ovarium mit Metastasen im Uterus; Therapie; Ovariectomie und supravaginale Amputation des Uterus. Heilung.

B u r c k h a r d - Würzburg.

Nephrocolopexie. Von H. W. Longyear. Ibidem.

Eine neue Operationsmethode, mittelst welcher bei Enteroptose und Wanderniere Darm und Niere gleichzeitig in die Höhe gebracht und hier fixiert werden. Gute Erfolge.

Burckhard - Würzburg.

Large echinococcus cyst of the liver; operation and recovery. Von H. E. Hayd. Ibidem.

Echinokokken der Leber sind relativ seltene Vorkommnisse. Hayd beschreibt einen Fall, der durch Operation zur Heilung kam.

Burckhard - Würzburg.

Cotarnine phthalate in uterine hemorrhage. Von O. Maier. Ibidem.

Zur Behandlung uteriner Blutungen empfiehlt Maier die Darreichung von Styptol, das von ausgezeichneter Wirkung ist.

Burckhard - Würzburg.

A telephonic curet. Von A. C. Jacobson. Ibidem.

Jacobson beschreibt eine „Telephonkürette“, d. h. eine Kürette, die mit einem Mikrophon in Verbindung steht. Mit diesem Instrument soll man genau hören können, wenn man die Uterusschleimhaut entfernt hat und auf der Muskulatur angekommen ist.

Burckhard - Würzburg.

Über die Erfolge mit Lumbalanästhesie bei gynäkologischer Operation. Von Dr. F. Brunner, München. Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Band XXVI, Nr. 5.

Verf. berichtet über 30 Fälle von Lumbalanästhesie bei gynäkologischer Operation an der Amann'schen Klinik in München. Die Höhe der Einstichstelle in das Rückenmark war verschieden. Bei vaginalen Operationen wurde zumeist der 3. und 4., bei Laparotomien der 1. und 2. oder 2. und 3. Zwischenwirbelraum gewählt. Nach der Injektion wurden die Pat. in Rückenlage mit geringer Beckenhochlagerung gebracht. Die Einwirkung des Medikamentes auf die sensiblen Fasern scheint erheblich intensiver zu sein als auf die motorischen. Verwandt wurde das von den Farbwerken in Höchst dargestellte Originalpräparat einer 5%igen Novokain-Suprarenin-Lösung. Die Dauer der Anästhesie währte nicht länger als 50—60 Minuten. Ein entschiedener Misserfolg war in 4 Fällen zu verzeichnen. Was die Nebenerscheinungen betrifft, so war bei den meisten keinerlei Störung des Allgemeinbefindens zu konstatieren. Nachwirkungen erschienen jedoch viel häufiger und intensiver zu sein. Nur in 8 Fällen verlief die nächste Zeit nach der Operation ohne Beschwerden. Meist handelte es sich um Erbrechen, Kopf- und Rückenschmerzen, die sich hin und wieder bis in die Nackengegend erstreckten. Einen wesentlichen Vorteil sieht Verf. nicht in der Lumbalanästhesie gegenüber der Allgemeinnarkose. Ausserdem leide infolge äusserer Umstände die Asepsis des Operationsfeldes bei der Lumbalanästhesie. Ferner könne der Operateur weniger ruhig

operieren, da er hasten müsse, um die Operation fertig zu bekommen, ehe die Wirkung der Rückenmarksanästhesie aufhöre. Ferner seien die Nachwirkungen zweifellos häufiger als bei Allgemeinnarkose. Sie soll daher nach seiner Ansicht reserviert bleiben für die Fälle, wo eine allgemeine Narkose wirklich als sehr gefährlich erscheint. Bei Hysterischen und Nervösen soll man sie nie vornehmen. —

W e i s s w a n g e - Dresden.

Ein Fall von Hämatokele seltenen Ursprungs ohne Eiterung, mit spontanem Durchbruch in die Scheide. Von Dr. Z. Monsiowski. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Band XXVI, Nr. 4.

26 jährige IXpara klagt darüber, dass sie immer bei dem Verkehr blute, und dass die letzte Menstr. 2 Wochen dauerte. Bei der Untersuchung findet man in der Nabelgegend einen kleinen Tumor; der in die Scheide eingeführte Finger trifft in nächster Nähe des Eingangs einen hinter der Hinterwand des Uterus liegenden Tumor, der die ganze Douglashöhle ausfüllt. Der Finger passiert eine Öffnung im hinteren Scheidengewölbe und stösst auf Blutkoagula. Auch der Spiegelbefund bestätigt dies, sodass die Diagnose auf eine nicht vereiterte Hämatokele gestellt wird, die spontan in die Scheide durchgebrochen ist. Es wird hierauf die Ausräumung der Hämatokele von der Scheide aus vorgenommen, da die Temperatur auf 38° vorgeschritten war. Hierbei erscheint die Portio vaginalis fast schwarz. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete auf Extra-Uterin-Gravidität. 6 Wochen nach der Operation fühlte man in der Scheide einen Tumor von weicher Konsistenz und walzenförmiger Gestalt, und nach 2 Monaten war dieser derart gewachsen, dass er fast die ganze Scheide ausfüllte. Man schritt hierauf zur Laparotomie, wobei es sich herausstellte, dass der ganze Douglas von einem weissfarbigen Tumor ausgefüllt war; dieser hatte die linken Adnexe umschlossen und erschien wieder in der Excavatio vesico-uterina, welche er gleichfalls ausfüllte. Die Netzdrüsen und das Netz selbst waren von ihm eingenommen. Dieser Haupttumor, das Nabelgeschwür, sowie Teile der in die Vagina reichenden Geschwulst erwiesen sich als Adnexkarzinom.

Wenn man den ganzen Krankheitsverlauf überblickt, so muss man annehmen, dass sich der bösartige Tumor zuerst im linken Eierstock entwickelte und später die Nachbarteile befiel, ausserdem setzte er Metastasen im Netz und im Nabel. Im Verlaufe seines Wachstums griff er auch ein Blutgefäss an, was die Ruptur desselben und eine Hämatokele bewirkte. Der Druck dieser gegen ihre Wände war so heftig, dass die Portio vaginalis fast schwarz wurde, und dass das hintere Scheidengewölbe ihm nicht widerstehen konnte; es musste weichen, nachgeben, platzen. Verf. schliesst aus diesem Falle, dass man in Fällen von nicht vereiterten Hämatokelen beim Durchbruch derselben in die Scheide ohne wissenschaftlichen Irrtum und ohne Gefahr für die Pat. den mit Blutkoagula ausgefüllten Sack ausräumen darf; im Verlauf der Behandlung soll man dabei aber nicht die „Exspektation armée“ vergessen.

W e i s s w a n g e - Dresden.

Zur Differentialdiagnose der gedrehten kystischen Tumoren der weiblichen Genitalorgane gegenüber Appendizitis.

Von Dr. R a n z i. Berl. klin. Wochenschrift. 1908, Nr. 1.

Bei jeder akuten Appendizitis sollte an die Möglichkeit einer Adnexerkrankung gedacht werden, und die Patientin auf die eventuell notwendige Entfernung eines Eierstockes aufmerksam gemacht werden. Die Diagnose freilich wird sich oft erst bei der Operation stellen lassen.

R a t z e b u r g - Wismar.

Le traitement des métrites par l'application de ventouses sur le col. Methode de Bier.

Von Dr. F. J a y l e und Dr. Robert L o e w y, Paris. La presse médicale Nr. 101, 1907.

Die Verfasser haben die Bier'sche Methode in mehreren Fällen von Metritis, Perimetritis, Adnexerkrankungen etc. angewendet und recht befriedigende Resultate erzielt. Die Applikation der Apparate ist jetzt ja bekannt, doch haben die Verf. behufs Erzielung der Luftleere in der Glasröhre eine Spritze angewendet die beim Hineindrücken des Stempels aspiriert. Auf diese Weise fällt die sonst notwendige Assistenz weg und man kann die Aspiration ausführen, indem man mit der einen Hand die Glasröhre und mit der anderen den Aspirator hält. Die Applikation dauert je 5 Minuten, es werden tägliche Sitzungen vorgenommen und die Anzahl derselben je nach der erzielten Reaktion und den Änderungen der Krankheit geregelt. Die ersten Applikationen der Bier'schen Ventuse auf das Kollum ist von recht empfindlichen Schmerzen im Becken und der Kreuzgegend, oft mit Ausstrahlung in den Beinen begleitet. Nach einigen Sitzungen verschwinden die Schmerzen aber fast vollständig.

E. T o f f - Braila.

Die vaginale Operation der erkrankten Adnexe.

Von Dr. A. H e n g g e. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XXVI. Heft 6.

Bericht über die vom Verfasser behandelten einschlägigen Fälle und Darstellung der hierbei von ihm verfolgten Methode der Behandlung. Entzündlich erkrankte Kleinbeckenorgane sind zunächst konservativ zu behandeln. Widersteht jedoch die Erkrankung allen konservativen Heilungsversuchen, kommt die Kranke durch Fortdauer und Schmerz weiter herunter, wird sie arbeits- oder genussunfähig, so ist die Operation angezeigt. Wenn irgend möglich, operiert Verf. konservativ, d. h. mit Erhaltung der gesunden, und wenn irgend angängig, auch der erkrankten Organe. Die vaginale Operation zieht er der abdominalen vor. Die Technik seines Verfahrens ist folgende. Er verschafft sich Zugang zu den erkrankten Organen durch die vordere Kolpotomie zwischen Uterus und Blase. Je nach dem Zustand der erkrankten Organe beschränkt er sich darauf, die Adnexe aus ihren Verwachsungen zu lösen, zur Saktosalpinx verschlossene Tuben zu eröffnen und ein neues, abdominales Tubenende herzustellen, oder aber er ersetzt die Saktosalpingen in typischer Weise, tunlichst unter Erhaltung der Ovarien. Der ganze Eingriff vollzieht sich vaginal in voller Übersichtlichkeit des Operationsfeldes.

Kontraindikation gegen die vaginale Methode bildet ihm nur der Verdacht auf Komplikationen von seiten des Darmes, speziell Erkrankungen des Wurmfortsatzes. —

W e i s s w a n g e - Dresden.

Ein Fall von Eversion der Tube bei tubarem Abort. Von Dr. G. Falk, Berlin. Z. f. Gyn., Nr. 44, 9. November 1907, pag. 1404.

Der von dem Verf. beobachtete Fall von Eversion war von seltener Schwere. Es wurde dadurch auch das Symptombild des tubaren Abortes verändert und die Annahme einer sekundären Ruptur der Tube wegen der Intensität der Erscheinungen nahegelegt. Der Fall bezieht sich auf eine 23jährige Ipara. Die bedrohlichen Symptome setzten plötzlich ein, der Blutverlust war dementsprechend ein bei tubarem Abort selten starker. Die vorausgegangenen Symptome, die schmerzhaften Anfälle, die geringe unregelmässige uterine Blutung vor der Krise deuteten auf das Abgestorbensein einer extrauterinen Frucht hin und hoben sich deutlich von dem akuten Stadium ab. Das Ei, wahrscheinlich schon 10 Tage vorher abgestorben, hatte sich in eine walnussgrosse Mole verwandelt, welche an einem kleinen Teile der Plazentarstelle adhärierte. So kam es durch die heftigen Kontraktionen der Längsmuskulatur der Tube zu einer Eversion, der Umstülpung des Eileiters. In dem Eileiter selbst fand sich kein Bluterguss, das Koagulum aber schloss die evertierte Tube vollkommen ab. Mithin bestätigt dieser Fall die Werth'sche Annahme, dass die Ausstossung des Eies bei tubarem Abort auf Kontraktionen der Tubenmuskulatur beruht und der Druck des sich etwa ansammelnden Blutes nicht zur Erklärung herangezogen zu werden braucht. Der Verf. laparotomierte, wie stets bei solch schweren Fällen, und hat bei 42 so behandelten heterotopischen Schwangerschaften keinen Todesfall zu verzeichnen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Kohabitationshindernis infolge von Hymenalkyste und Vaginismus. — Konzeption trotz fehlender Defloration. Von Dr. Kunzsch, Potsdam. Z. f. Gyn., Heft 44, 9. November 1907, pag. 1403.

Die Hauptsachen sind schon in der Überschrift gegeben. Es handelte sich um eine 31jährige, seit 2 Jahren steril verheiratete Frau, mit Dyspareunie. Das Hymen ist intakt. Hinter dem Hymen in der Vaginalwand, von beiden zugleich gebildet, sitzt eine pflaumengrosse Kyste, die inzidiert wird. Naht und glatte Heilung. Nach 14 Tagen tritt infolge einer Erkältung und ungeeigneten Selbstbehandlung der Patientin Blutung und später Abort auf. Dadurch, dass das Hymen zugleich Kystenwand wurde, war es schwerer zu deflorieren als ein normales Hymen. Das Alter der 5 mm langen Frucht war nicht genau zu bestimmen. Der Vaginismus der Frau ist definitiv beseitigt. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zur Pathologie des Frühstadiums der Appendizitis. Von Dr. Peiser. Münch. med. Woch. 3. September 1907, pag. 1779.

Verf. stellte experimentell fest, dass das Peritoneum im normalen Zustand für im Blut kreisende Bakterien undurchgängig ist. Eine Invasion der Bakterien setzt erst ein mit dem Eintritt schwerer Sepsis. Ganz anders verhält sich das Peritoneum im Reizzustande. Selbst bei einem geringen solchen waren 30—40 Minuten nach einer Injektion von Bakterien in die Blutbahn diese schon im Peritoneum nachzuweisen. Vielleicht lässt sich auf diese Weise die so häufige diffuse peritoneale Reizung im Anfangsstadium der Peritonitis erklären. Verf. glaubt, dass die Erhöhung der Resistenz des Peritoneums auf hämatogenem Weg vor sich geht. Jedenfalls erhellt aus den Experimenten des Verf's. die Bedeutung des Bluts als Transportmittel und der Blutgefäße als Transportwege für Infektionskeime. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

27 Operationen wegen Uterusfibrom. Von Dr. Rénon. Arch. méd. chir. du Poitou, Oktober 1907, bespr. Rev. de théor. méd. Nr. 24, 15. Dezember 1907, pag. 854.

Verfasser berichtet über 27 Fibromfälle, von denen 7 eine komplexe Symptomatologie darbieten, 10 von manchmal sehr heftigen Blutungen begleitet waren, 2 brandig wurden, 2 mit Stieltorsion einhergingen, 1 durch Salpingitis kompliziert war, 1 bei gleichzeitiger Schwangerschaft bestand und 3 durch ihre übermässige Grösse die Patientinnen beunruhigten. Das Alter aller dieser Kranken bewegte sich zwischen dem 30. und dem 48. Jahre; 7 waren älter als 45 Jahre. Die Symptome, welche die Patientinnen veranlassten, ärztliche Hilfe nachzusuchen, bestanden stets in Blutungen, was nach dem Verf. dagegenspricht, dass man Fibrom bei Frauen nach der Menopause unoperiert lassen solle, da alsdann eine Rückbildung zu erwarten wäre. Man hat im Gegenteil festgestellt, dass Fibrome, die sich bis dahin nur durch Umfangszunahme bemerklich gemacht haben, in eben jener Zeitperiode zu ernstesten Zufällen Veranlassung geben können. Verf. führte fast ausnahmslos die abdominale Hysterektomie aus. Nur einmal setzte er eine vaginale Hysterektomie bei einem fibrösen Polypen, der hernienartig aus dem Kollum hervorragte. Im allgemeinen hält er es chirurgisch und anatomisch für richtiger, sich des oberen Weges zu bedienen, da er in der weiteren Eröffnung des Peritonealraumes eine nicht geringe Gefahr sieht. Auch führt er, wenn der Verdacht von Sepsis auftaucht, einen Drain ein.

R. bevorzugt die Hysterektomia subtotalis und überlässt die totale den extrem liegenden Fällen. Dabei verwendet er aber besondere Sorgfalt auf die Reinigung des Kollums mit dem Messer, indem er die ganze Mukosa tief abrasiert. Da er jedesmal schlechte Resultate hatte, wenn er einen Eierstock beließ, so zieht er es vor, die Ovarien stets gänzlich abzutragen und den Patientinnen später Eierstockpräparate innerlich zu geben. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über das Verfahren bei umfangreichen Fibromen des Ligamentum latum. Von Dr. Béquouin. Journ. de méd. de Bordeaux, 8. Sept. 1907. Besprochen Revue de thér. méd. chir., 15. September, 1907, pag. 643.

Angezeigt ist die Operation besonders in Fällen, bei welchen das Fibrom in das breite Mutterband eingeschlossen liegt, um die verschiedenartigen Störungen zu beseitigen, welche von einer Kompression durch den Tumor ausgehen. Gewöhnlich aber bietet sie grosse technische Schwierigkeiten und weist eine hohe Mortalitätsrate auf, zumal bei Fibromen, welche der Verf. im chirurgischen Sinne „eingeschlossen“ (eingekeilt) nennt. Diese vom chirurgischen Standpunkt aus wirklich eingeschlossenen Fibrome sind charakterisiert durch ihr Festgestelltsein im kleinen Becken, durch den Druck und die Verlagerung, welche sie anderen Organen gegenüber bewirken (Uterus, Blase, Ureteren, Därme, Blutgefässe, Nieren) und endlich durch die Adhärenzen, welche sie bisweilen mit diesen Organen eingehen. —

Sind die Fibrome klein oder nur mittelgross, so ist der operative Eingriff nicht schwer. Man muss die Einschliessung rechtzeitig erkennen, vor jedem Extraktionsversuche, und dann zur Enukleation seine Zuflucht nehmen. Man durchtrennt das Ligamentum latum parallel dem Eileiter auf eine hinlänglich grosse Strecke, um für die Entfernung des Tumors Spielraum zu gewinnen, und enukleiert denselben, indem man Zug um Zug die blutenden Gefässe pinziert. Den Ureter isoliert man mit Vorsicht. Nach sorgfältiger Blutstillung wird die durch die Abtragung der Geschwulst leer zurückbleibende Tasche mit Kopfnähten oder besser mit fortlaufender Naht geschlossen. Die Mortalität ist nicht höher als bei der abdominalen Hysterektomie wegen Fibroms.

Weit komplizierter und ernster in seinen Folgen gestaltet sich der Eingriff, wenn das intraligamentäre Fibrom umfangreich ist. Einen Fall dieser Art hat der Verfasser unlängst beschrieben. Das Fibrom wog 5,520 Gramm; die Kranke starb an Infektion.

B. besteht vor allem auf zwei Vorsichtsmassregeln spezieller Art, selbst wenn die Diagnose auf Einschliessung des Tumors nur als wahrscheinlich gestellt ist: auf ganz besonders sorgfältiger Scheidendesinfektion und der Einführung eines Metallkatheters in die Blase unmittelbar vor der Operation, um diese selbst nicht zu unterbrechen und zu Handgriffen genötigt zu sein, die eventuell das Operationsfeld zu infizieren in der Lage wären. Was die Operation selber anbetrifft, so gestaltet sie sich als eine spezielle erst von dem allgemein üblichen medianen Bauchschnitt ab. Man muss recht hoch inzidieren, frei über dem Tumor. Man verlängert alsdann den Schnitt durch die Serosa nach unten unter der Kontrolle des Gesichts. Ist der Tumor tatsächlich eingeschlossen, so wird man eine quere oder elliptische Inzision machen, auf dem Blatt des Ligamentum latum. Auch sei man der Isolierung der Blase und des Ureters eingedenk, der, bei hohem Sitz, sehr leicht eine Verletzung zugänglich ist. Ist der Tumor dem Uterus adhärent, so ist er schwer enukleierbar, und es bedarf noch einer anschliessenden komplementären

Hysterektomie. Diese Operation gestattet die Anlage einer schräg nach unten gerichteten Drainage durch die Scheide. Ausserdem tut man wohl, eine zweite Drainage durch die untere Partie der Bauchwunde anzulegen, zumal wenn die Blase verletzt worden ist, sowie in Fällen von ausgedehnter Ablösung. — Freudenberg-Dresden.

Über einen seltenen Krampfzustand der Beckenorgane
(Ileus spasticus). Von Dr. A. Müller. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XXVI, Hft. 6.

Fall 1. Bei einer gesunden 20jährigen Patientin findet sich der Uterus mit seinem Fundus an der linken Beckenwand fixiert und mit der Zervix am Kreuzbein fest verwachsen. Es wird zunächst durch Massage usw. versucht, die Verwachsungen zu trennen, schliesslich entschliesst man sich zu einer energischen Durchtrennung derselben in der Narkose. Dieses geschieht leicht und ohne Zwischenfälle. Als die Patientin aus der Narkose erwacht, klagt sie über kolossale Schmerzen in der linken Seite, so dass Morphium verabreicht werden muss. Die Einführung des Katheters in die Harnröhre ist wegen Krampfes der Urethra sehr schwierig. Am 3. Tage tritt auch eine Auftreibung des Leibes auf, und die Einführung eines hohen Darmrohres in den Mastdarm ist nur bis zum Sphinkter tertius möglich. Beim Touchieren zeigt sich die Vagina kontrahiert und der Douglas sehr empfindlich. Der Zustand bleibt in den nächsten Tagen weiter bestehen, so dass zur Probelaparotomie geschritten werden muss. Hierbei ergibt sich nichts Besonderes, so dass die Diagnose schliesslich lautet auf Spasmus des Rektums, der Vagina und der Harnröhre.

Fall 2. Bei einer Pat., bei der wegen verschiedener Beschwerden eine Laparotomie vorgenommen und das rechte Ovar entfernt worden war, trat gelegentlich einer Unterleibsvibrationsmassage und Darminjektion mit Protargollösung, wie sie im Verlaufe der Behandlung schon öfters gemacht worden war, 8 Monate nach der Operation ein ähnlicher Zustand auf, wie der vorbeschriebene.

Fall 3. Bei einer 23 jähr. Frau entwickelte sich ein gleicher Zustand im Anschluss an eine Ätzung des Endometriums mit Karbolalkohol und dem Versuche, den locker gewordenen Uterus von der hinteren Beckenwand zu lösen. Diese Behandlungsmethode war schon mehrfach bei der Pat. vorgenommen worden, ohne irgend welche üblen Nebenerscheinungen zu zeitigen.

Gemeinsam war somit allen 3 Fällen ein mehrere Tage anhaltender krampfartiger Kontraktionszustand des Darmes, in den schweren Fällen auch der Urethra und Vagina und wohl auch der ganzen Beckenmuskulatur. Das Nervensystem war bei keiner der Pat. früher besonders alteriert. Die Therapie besteht am besten in warmen Kamillen, Narkotizis per os, Klysma oder subkutan und in psychischer Beruhigung der Pat. W e i s s w a n g e - Dresden.

Über einige seltenen Formen der Genitaltuberkulose des Weibes. Von Dr. P. Kroemer (Giesen). Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XXVI, Heft 5.

Verf. berichtet über einige seltene Fälle der Genitaltuberkulose

des Weibes. In dem ersten Fall musste ein Lupus vulgaris des Gesichts als Primärherd angesprochen werden, der zu einem Ulkus auf der Portio geführt hatte. In dem zweiten Falle hatte vor Jahren eine Peritonealtuberkulose bestanden, die zu einer sekundären der Genitalien geführt hatte. Als Bestätigung der Annahme, dass sich im Douglas das Infektionsvirus vorwiegend sammelt, findet man dort besonders grosse, knollige tuberkulöse Infiltrate an dem tiefsten Punkte der hinteren Douglas-Bauchfelltasche. Sind die Ovarien gesund, so soll man sie bei einem operativen Eingriff möglichst zurücklassen, während man die Tuben bei Tuberkulose im Abdominalgebiet immer mit entfernen soll, weil der Tubentflimmerstrom sonst die Tuberkulose auf die Genitalien übertragen würde. In dem letzten Falle des Verf's. handelte es sich um eine typische Tuberkulosis cutis et mucosae miliaris ulcerosa. Ein Primärherd war in diesem Falle nicht auffindbar, von dem aus man die hämatogene Infektion der vulvaren Haut und Schleimhaut hätte erklären können. Den Schluss des Aufsatzes bildet der Bericht über einen Fall von Elephantiasis vulvae, welcher sich auf dem Boden einer lupösen Haut entwickelt hatte. — Weisswange - Dresden.

Die moderne Arzneibehandlung der Tuberkulose. Von N. Raw, M. D., M. R. G. P. Lond., F. R. S. Ed. Fol. therap., Jan. 08.

Verf. hat als Allgemeinbehandlung zur Hebung des Appetits gegen fieberhafte Zustände und vorgeschrittene Kachexie folgende Mixtur mit Vorteil verwendet:

Rp. Chinin. hydrochl.	0,12
Calc. hypophosph.	0,25
T. nuc. vom.	gtt X
T. aurant.	2,0
Glyzerin	4,0
Aq. dest.	ad 30,0

M. D. tal. dos. X. S. 3 mal täglich $\frac{1}{2}$ Stunde vor der Mahlzeit je eine solche Dosis zu nehmen.

Eines der besten Heilmittel für die Behandlung der Phthisis ist ferner Kreosot. Sogar bei vorgeschrittener Tuberkelbildung scheint es einen allgemeinen wohltuenden Einfluss auszuüben, der sich im Nachlassen des Nachtschweisses, der Diarrhöe und des Hustens sowie in der Zunahme des Appetits und der Verdauungstätigkeit äussert.

Mit reinem Buchenholz-Kreosot erzielt man sehr gute Erfolge; K e f e r s t e i n empfiehlt ein Gemisch von Kreosot mit Zimmttinktur. H u d e o d und andere schlagen die rektale Anwendung des Kreosots vor.

Zurzeit sind eine ganze Menge Kreosotpräparate im Gebrauch. Benzozol hat einen ausgezeichneten Ruf. Auch Kreosotkarbonat ist sehr beliebt und wird von vielen Patienten bevorzugt. Es ist eine flüssige, sirupartige Masse und wird bei Husten und erschwerter Expektoration angewandt.

Ein neues Mittel, Sirolin, das viel im Ausland benützt wird, kommt jetzt auch in England immer mehr zur Aufnahme. Es ent-

hält Thiocol (guajakolsulfosaures Kalium) und ist besonders für Kinder geeignet, da es den Husten und die Dyspnoe vermindert und den Schleimauswurf fördert.

Das Mittel jedoch, welches die ermutigendsten Resultate bei der Behandlung der Phthisis, vor allem auch bei Darmtuberkulose ergeben hat, ist das Styrakol. Es ist der Zimmtsäureester des Guajakols mit der Formel $C_6H_5-CH:CHCOOC_6H_4OCH_3$ und stellt ein weisses kristallinisches Pulver dar, das in kaltem Wasser unlöslich ist, sich jedoch in Alkohol, Chloroform und Olivenöl löst. Styrakol scheint reichliche Mengen Guajakol abzuspalten und macht gleichfalls die antiseptische Zimmtsäure frei. Die Vorteile des Styrakols in der Behandlung der Lungen-Phthise und der Darmtuberkulose sind folgende:

1. Es ist nicht giftig, wenn es in therapeutischen Dosen gegeben wird. Es passiert den Magen unverändert und übt keinen Reiz auf die Schleimhaut aus.

2. Es ist geruchlos und vollkommen frei von irgendwelchem Geschmack nach Guajakol und ist angenehm zu nehmen.

3. Im Darm spaltet es Guajakol ab und hält den Körper längere Zeit unter Guajakolwirkung.

4. Es macht die Zimmtsäure frei, die im Darmtraktus als kräftiges Antiseptikum wirkt.

Verf. hat. Styrakol vielfach bei Tub. benutzt und glaubt, dass es die beste Art der Guajakolmedikation ist; bei gleichzeitiger Darmtuberkulose mit anhaltender Diarrhöe ist die Wirkung ausgezeichnet; in vielen Fällen hört die Diarrhöe sofort auf und der lästige Geruch verschwindet bald.

In verschiedenen Fällen von Haemoptoe hatte er oft gute Resultate mit Adrenalinchlorid. Auch Inhalationen mit Amylnitrit zeigten sich erfolgreich.

Auf das Tuberkulin näher einzugehen, lehnt er ab, da dieses ein spezifisches Mittel darstellt. — R.

Über die vagino-abdominale Kolpo-hysterektomie. Von Dr. Imbert und Dr. Piéri. *Marseille médical*, 1. Sept. 1907; bespr. *Revue théor. méd. chir.*, 15. Sept. 1907, pag. 643.

Seit ihrer Veröffentlichung im November 1905, eine an Epitheliom der Zervix leidende Patientin mit einer grossen wunden Stelle in der Vagina betreffend, haben dieselben dreimal Gelegenheit gehabt, ein neues Verfahren bei der vagino-abdominalen Kolpo-hysterektomie anzuwenden und zwar mit vollem Erfolg. Der Eingriff stellt sich folgendermassen dar:

1. Der vaginale Zeitabschnitt: Inzision der Scheidenschleimhaut in der Nachbarschaft des Orificium vulvae und Weiterführung des Schnittes um ungefähr 3—4 cm Taschnaht zur Obstruktion des abgetrennten Zylinders und zur Unterdrückung jeder Möglichkeit einer Kontamination während des abdominalen Zeitabschnittes. Die Vulva selbst wird derart obliteriert, dass nach Abtragung des Uterus die blutenden Flächen gegen äusseren Kontakt geschützt sind. —

2. Der abdominale Zeitabschnitt: Man beginnt mit der Durch-

trennung der Ligamenta lata. Dann Ligatur der beiden Hypogastrizae und Ausschneiden der Peritoneallappen hinten und vorne. Nach hinten zu lässt sich diese Ablösung leicht bis zur Gegend des Anus durchführen. Auch nach vorne muss die Präparation so weit wie möglich durchgeführt werden, wobei man die beiden Ureteren nach oben und aussen schiebt.

Man durchtrennt jetzt die vaginalen Stiele an den seitlichen Rändern der Scheide. Mit gazeumwickeltem Finger macht man die zellgewebigen Adhärenzen frei und exstirpiert den ganzen Traktus utero-vaginalis. Auf diese Art vermeidet man die Möglichkeit einer Verunreinigung oder Infektion, die vom Krankheitsherd ausgehen könnte. —

Freudenberg - Dresden.

Über die Prophylaxe der Beckendifformitäten infolge von Rachitis. Von Prof. Dr. Bossi, Vorstand der Univ. Frauenklinik in Genua. Z. f. Gyn. No. 50, 14. Dezember 1907, pag. 1560.

B. betont in Kürze, dass die Exstirpation der Nebennieren bei Schafen binnen 10—15 Tagen klinisch das Bild der Osteomalakie erzeugten. Umgekehrt habe er durch Darreichung von Nebennierenextrakt viele osteomalakische Frauen geheilt, worüber er alsbald im Arch. f. Gyn. eingehend berichten wolle. Auch bei der Rachitis kleiner Mädchen habe er durch Nebennierenextrakt gute Resultate erzielt, desgleichen Prof. Jovane in Neapel und Prof. Jemma in Palermo. —

Freudenberg - Dresden.

Zur operativen Behandlung der eitrigen Parametritis. Von Dr. Carl Franke in Altenburg (S.-A.). Z. f. Gyn., Heft 51, 1907, pag. 1597.

Unter Anführung einer Krankengeschichte empfiehlt Verf. die Heilung bei der eitrigen Parametritis dadurch zu erreichen zu suchen, dass, wie man die starre Thoraxwand durch ausgedehnte Rippenresektionen und Schwartenexstirpation mobilisiert und mit der Pleura pulmonalis zur Vereinigung bringt, man ebenso auch hier eingreife. Man reseziere ausgiebig das Os ilei, exstirpiere rücksichtslos die harten Schwarten und mobilisiere wenigstens eine Wand, um dadurch die Bedingungen zur Verklebung des Hohlraumes zu geben. Die Operation sei angreifend, aber technisch nicht schwer. Auch solle die Funktion des Beckengürtels dabei nicht leiden. —

Freudenberg - Dresden.

Über instrumentelle Uterusperforation. Von Dr. Kuntzsch, Frauenarzt in Potsdam. Z. f. Gyn., No. 51, 1907, pag. 1590.

Es ist ein grosser Unterschied, ob eine Uterusperforation einem geübten Operateur passiert, wobei sie als ein nahezu unvermeidliches und für die Kranke meist belangloses Ereignis aufzufassen ist, oder aber einem Ungeübten, Unvorsichtigen oder gar dem Laien zu kriminellen Zwecken. Hier stiftet sie freilich meist gewaltiges Unheil.

Das wichtigste Moment ist vielleicht die Frage: wurde die Perforation als solche sofort erkannt und richtig gedeutet, oder falsch gedeutet resp. nicht erkannt? Für alle diese Möglichkeiten

führt der Verf. als Beläge Beobachtungen aus der Praxis an. Gewöhnlich handelt es sich um die Benutzung von Sonden oder der R o u x - M a r t i n'schen Kürette, die ihre Vorteile, aber auch ihre Gefahren hat. Besonders Retroflexio fixata mit entzündlichen Adnex- oder Bandenerkrankungen bietet einen günstigen Boden für die Perforation. Erhöht auch vorgängige Dilatation der Zervix die Sicherheit des Kürettements, so ist eine solche für die Praxis doch meist zu umständlich. Bei der Möglichkeit einer Perforation ist natürlich nachfolgenden Ätzungen besondere Vorsicht zu widmen. Verf. pflegt deshalb weniger den Spülkatheter als vielmehr K ö b e r l e'sche Klemmen, die ein wenig Mull fassen (mit Acid. carbol. liquef.), zu verwenden und hier trocken auszutupfen. Verf. hatte als Student bei Obduktionen mehrfach Gelegenheit, deutliche Perforationsnarben ganz zufällig zu sehen; er glaubt daher, dass man viel öfter perforiert, als man weiss und denkt. Bei sachgemäßem Verhalten resp. dem Unterbleiben von direkten Schädigungen verlaufen ja Perforationen im allgemeinen harmlos und ohne Nachteil.

Neben den häufigen Korpusperforationen kommen gelegentlich auch Zervixdurchbohrungen vor, wofür Verf. gleichfalls instructive Beispiele anführt. Hochgradige Atonie oder Paralyse des nichtschwangeren Uterus hält Verf. entsprechend der Meinung der Mehrzahl der Autoren für ein so ungewöhnliches Vorkommnis, dass der Praktiker kaum daran zu denken braucht und in zweifelhaften Fällen nur immer annehmen soll, er habe perforiert. Alsdann geschieht wenigstens weiter kein Schade. Auch seitliche Zervikalperforationen sind möglich, anfangs meist nur Fissuren, alsdann durch kombiniertes Arbeiten mit Gazetamponade und Quellstift oder durch brüskes Dilatieren (vielleicht auch den Druck einer ausgetriebenen Frucht) komplotiert.

Dem Vorschlag von v. B r a u n - F e r n w a l d, die Ausschabung des Uterus der Perforationsgefahr wegen dem Spezialisten zu überlassen und dem ärztlichen Praktiker (ausserhalb der Anstalten) zu entziehen, pflichtet Verf. n i c h t bei. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zur Nierenaushülsung oder Nierenspaltung bei Eklampsie.

Von Prof. Dr. Albert S i p p e l in Frankfurt a. M. Z. f. Gyn., Nr. 51, 1907, pag. 1585.

Unabhängig von E d e b o h l s hat Verf. 1902 die Nierenaushülsung oder die Nierenspaltung bei solchen Eklamptischen empfohlen, bei denen die Eklampsie nach Entleerung des Uterus fortbesteht und zugleich die Nierentätigkeit aufgehoben oder stark beeinträchtigt ist. Inzwischen hat er nun einen neuen Zustand der Nieren gewisser Eklamptischer kennen gelernt, der nichts anderes darstellt, als eine Erhöhung der intrakapsulären Spannung und der gleichwohl die Möglichkeit bietet, durch Aushülsen der Niere ebenfalls eine günstige Einwirkung auf die sekretorische Tätigkeit derselben herbeizuführen. Im Gegensatz zum Nierenglaukom macht sich bei solchen Nieren das toxische Element mehr geltend und hier erreicht die Dekapsulation eine Entleerung der ödematösen Flüssig-

keiten. Entgegen E d e b o h l s will aber Verf. nicht während der Schwangerschaft entkapseln, sondern erst nach Entfernung der Giftquelle, nach Entleerung des Uterus. Bei der toxischen Niere bedarf es nicht der Spaltung, es genügt die Aushülung allein. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ventrifixur des Uterus oder Ventrifixur der Ligg. rotunda?

Von Dr. R i s s m a n n in Osnabrück. Z. f. Gyn., Nr. 51, 1907, pag. 1588.

Verf. übt seit 5—6 Jahren mit dem allerbesten Erfolge von der Kötomentomie aus zur Richtiglagerung des Uterus eine spezielle Technik, die er den Fachgenossen bekannt geben möchte. Dieselbe gipfelt in Folgendem: er fixiert im Gegensatz zu den meisten Kollegen ausschliesslich die Ligg. rotunda in bedeutender Entfernung vom Uterus an den Bauchdecken. Dabei werden die Cornua uteri nicht berührt und nicht durchstochen. Ein Rezidiv hat er nicht gesehen und die von ihm geschaffene Lage ist der physiologischen ähnlich. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Brustdrüse und Eierstock. Von Dr. Paul A l s b e r g in Berlin. Z. f. Gyn., No. 51, 1907, pag. 1581.

Den aus der L a n d a u 'schen Klinik in Berlin hervorgegangenen Mitteilungen G r ü n b a u m s über das Auftreten von Milchsekretion nach doppelseitiger Ovariexstirpation reiht Verf. zwei fernere, in der gleichen Klinik gemachte Beobachtungen an. Der erste Fall betraf eine Nullipara, der zweite eine Frau, welche einmal geboren hatte.

Bei absichtlicher Erhaltung grösserer oder kleinerer Ovarialteile ist dieses Phänomen nie beobachtet worden. Von den 5 G r ü n b a u m 'schen Fällen, in welchen der Uterus bei der Ovariexstirpation erhalten blieb, wurde bei zweien das Fortbestehen der Menstruation konstatiert. Diese Erscheinung ist sehr merkwürdig. Besteht nämlich die Anschauung G r ü n b a u m s, der sich auch der Verf. anschliesst, zu Recht, dass nur nach Entfernung b e i d e r Ovarien Milchsekretion auftritt, so würde aus der persistierenden Blutung folgern, dass der menstruelle Typus auch ohne das Vorhandensein von Ovarialgewebe erhalten bleiben kann. Sehr richtig weist der Verf. darauf hin, dass, wenn man in solchen Fällen an ein versehentliches Zurückbleiben von Ovarialresten denken wolle, es unverständlich sei, warum man bei bewusstem Zurücklassen von Ovariensubstanz niemals Milchsekretion beobachtet hat. Dieser hochwichtige Punkt bedarf also noch sehr der Klärung. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Gynäkologie in der allgemeinen Praxis. Ohne Angabe des Verfassers. The hospital, Nummer vom 16. November 1907, pag. 169.

Die frauenärztliche Praxis erfährt dadurch für den Anfänger eine Erschwerung, dass bei der Unterweisung an ein und derselben Kranken nur eine ganz beschränkte Anzahl von Untersuchungen

möglich sind. Dem allgemeinen Praktiker aber bietet die Natur der Fälle und die sensitive Beschaffenheit der Frauensleute überhaupt eine weitere Schwierigkeit. Bisweilen sträuben sich kranke Frauen direkt gegen die ärztliche Untersuchung, die unter dem psychischen Eindruck des Hospitals oder der Klinik leichter gelingt.

Gewiss kann der junge Arzt eifrig im Hörsaal und nach dem Lehrbuch Gynäkologie studiert haben, wirkliches Können verleiht nur die praktische Erfahrung. Aus jedem einzelnen Falle aber kann man recht viel lernen, wenn man sich die Mühe nicht verdriessen läßt, eine genaue Anamnese zu erheben und eine ausführliche Krankengeschichte zu verfassen. Exakt untersuchen ist die Hauptsache, und immer denke man bei Abdominaltumoren an die Möglichkeit einer Schwangerschaft. Unter keinen Umständen lasse man sich von der Forderung einer gründlichen Untersuchung abbringen, wiewohl gerade gegen die vaginale Exploration seitens der Frauen energischer Widerspruch erhoben wird. Freilich bei Mädchen und jungen Frauen sollte man es lernen, darauf eventuell verzichten zu können und sich eben durch die Mastdarmuntersuchung für die Scheidenexploration einen Ersatz zu schaffen. Auch untersuche man so dezent und schonend wie möglich, nicht mit kalter Hand etc., denn das Vertrauen und die Mithilfe der Patientin ist ein wichtiger Umstand, der uns leichter in der Gynäkologie die rechte Diagnose finden läßt. Wiewohl gelegentlich nötig, ist der routinemässige Gebrauch der Narkose bei jeder frauenärztlichen Untersuchung ein schlechtes Zeugnis für das Wissen und Können des Arztes. Haben wir das Vorhandensein eines Tumors festgestellt, so wird uns eine sorgfältige Feststellung seiner Symptome, der Krankengeschichte, speziell das Verhalten der Menstruation wichtige Fingerzeige geben, wie wir über Sitz und Natur desselben zu denken haben. Amenorrhoe vor der Menopause weist auf Gravidität oder doppelseitige Ovarienkysten hin, Metrorrhagie auf Fibroide u. s. f. Abgesehen von Neubildungen spricht Schwerbeweglichkeit des Uterus für Beckenentzündungen und Fixation in zentraler Position für die Folge von Bauchfellentzündung. Ergibt sich hier zur näheren Feststellung die Notwendigkeit einer Narkose, so sei dieselbe eine möglichst kurze. Bei Uterusdeviationen frage man stets, ob und inwieweit die Krankheitssymptome durch diese überhaupt hervorgerufen werden können, oder ob letztere nicht vielmehr selbständige Entstehungsursachen haben. Ein Pessar bei Retroflexio ohne Symptome einzulegen, ist der denkbar grösste gynäkologische Kunstfehler. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Behandlung des inoperablen Uteruskarzinoms mit

Azeton. Von Dr. Georg G o l l h o r n , Instructor, otled. Dep. Washington University, St. Louis, Mo., U. S. A. Münch. med. Woch., Nr. 51, pag. 2528, 1907.

Einer vorläufigen Mitteilung in der Americ. med. Assoc. (April 1907) folgt jetzt an genannter Stelle eine ausführlichere Publikation. Verf. hat im St. Louis skin and cancer hospital sehr gute Erfolge

mit der Azetonbehandlung erzielt, nachdem er sich von der Unzulänglichkeit der sonstigen Verfahrensweisen überzeugt hatte. Azeton wirkt günstig auf die 3 Haupteigenschaften der inoperablen Karzinome ein, auf die Blutung, den Ausfluss und den üblen Geruch. Seine Technik ist die folgende. Zunächst schabt er die ulzerierende Karzinomfläche sehr gründlich aus, trocknet sie sorgfältig ab und giesst nun 1—2 Esslöffel reines Azeton durch ein Röhrenspekulum ein. Patientin befindet sich dabei in Beckenhochlagerung. In dieser Lage verharrt sie noch 15—30 Minuten nach Abbruch der Eingiessung. Jetzt erst wird ein Gazetampon eingeführt und alsdann der Spiegel entfernt. Der Tampon bleibt 24 Stunden liegen. Die Patientin kann am 3. Tage das Bett verlassen. Die jetzt einsetzende Nachbehandlung kann ambulant durchgeführt werden. Man macht dreimal wöchentlich in Beckenhochlagerung einen ebensolchen Azeton-einlauf. Vulva und Peritoneum ist vor dem Azeton zu schützen. Man muss immer kleinere Spekula benutzen und allmählich die Intervalle verlängern. Die Behandlung ist nicht schmerzhaft. Schmerzstillende Mittel werden nie angewandt.

Der erst wässerig werdende Ausfluss verschwindet bald ganz, desgleichen die Blutungen und der Geruch. Bei angegriffenen Nachbarorganen mussten allerdings noch Narkotika verschrieben werden, der Krater am Uterus aber wird schmerzlos und schrumpft zusehends.

Verf. ist in der Lage, eine vor Jahresfrist bei inoperablen Portiokarzinom behandelte Patientin als symptomatisch geheilt vorzustellen. Besserung wurde in allen Fällen erzielt. Natürlich ist das Mittel nur ein palliatives, aber von jedem praktischen Arzte anwendbares und segensreich wirkendes. —

F r e u d e n b e r g - Dresden,

Der Simon'sche Spatel als selbsthaltendes Spekulum. Von Dr. A. L. S c h e r b a k - Brünn. Z. f. Gyn., Nr. 44, Nov. 1907, pag. 1406.

25 Sorten von selbsthaltenden Mutterspiegeln weisen die Kataloge der Instrumentenmacher auf und doch bietet keiner eine so gute Übersicht über Scheide und Portio, keiner eine so grosse Bewegungsfreiheit für die operierenden Instrumente wie die alte S i m o n'sche Rinne. Und dieser Rinne nun hat der Verf. durch eine Veränderung der Griffform, durch Verlegung des Schwerpunktes, den Charakter als Selbsthalter verliehen. Die Modifikation erinnert in ihrer Einfachheit und Wirksamkeit tatsächlich an das Ei des Kolumbus. Die Fabrik chirurg. Instrumente von Josef Leiter, Wien IX, Mariannengasse 11, liefert den neukonstruierten Spatelgriff, der schräg nach unten und nach derselben Seite hin verläuft, wie die Rinne, zum Preise von 8 Kronen, das Anhängengewicht zu 3 Kronen. Der Griff endet nämlich unten in einer hakenförmigen Spitze, an welcher sich ein Gewicht anhängen lässt, welches, im Schwerpunkt des Instruments hängend, die eingeführte Rinne selbsttätig festhält und so dem Arzte gestattet, sich beider Hände frei zu bedienen, bei bester Zugänglichkeit des Scheideninnern. Das

Anhängegewicht von 1 kg Schwere verursacht keine Schmerzen. In einem Falle von Dyspareunie bei rigidem Hymen steigerte Verf. allmählich das Gewicht auf 3 kg und erzielte so unblutige Dehnung des Introitus auf Zweifingerweite. In erster Linie ist diese selbsthaltende Rinne natürlich für den ärztlichen Praktiker bestimmt, dem sie die Assistenz erspart. Aber auch der Kliniker wird oft mit Vorteil davon Gebrauch machen. Bei grossen vaginalen Operationen, wo es kaum möglich wäre, den variablen Zug der Hand durch Gewichte zu ersetzen, gereicht die neue Form des Griffes wenigstens zu grösserer Hängesicherheit und Bequemlichkeit. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.



Referate über Geburts- und Säuglingspflege.

Rapport de la tuberculose laryngée et de la grossesse. Von Dr. E. B a r t h a s. Thèse de Paris, 1907.

Die Lokalisation der Tuberkulose im Larynx bei bereits tuberkulösen Frauen ist während der Schwangerschaft keine seltene Erscheinung, und man muss sagen, dass es sich da immer um eine schwere Komplikation handelt. Infolge der Schwangerschaft hat die Larynxtuberkulose einen viel schwereren und rascheren Verlauf, dieselbe bewirkt in vielen Fällen Abortus oder Fehlgeburt und nach stattgehabter Geburt ist oft der Verlauf der Kehlkopferkrankung ein rapider. Die Sterblichkeit der Kinder ist eine grosse, doch können auch vollkommen gesunde und lebensfähige Kinder zur Welt gebracht werden. Die künstliche Einleitung des Abortus hat auf die Krankheit keine verlangsamende Wirkung, während die künstliche Frühgeburt sogar das tödliche Ende beschleunigen kann. Es ist also ratsam, hiervon abzusehen und die Schwangere durch kräftige Ernährung und robrierende Medikation über das normale Ende der Schwangerschaft hinüberzubringen. — E. T o f f - Braila.

The treatment of ectopic pregnancy. Report of cases, including one of recurrent ectopic gestation. Von Dr. Ch. A. S t i l l w a g e n. The american journal of obstetr. Januar 1908.

Bezüglich der Behandlung der durch Tubenruptur und noch mehr der durch Tubarabort endenden ektopischen Graviditäten tritt Stillwag en für eine konservative Behandlung ein, wenn die Kranken die erste Blutung überstehen können. Wenn sie sich dann von der Wirkung der Blutung und des Shocks erholt haben, bietet die Operation sehr viel bessere Aussichten, als der sofort ausgeführte Eingriff. —

B u r c k h a r d - Würzburg.

Extra-uterine pregnancy. A clinical and operative study of over one-hundred cases. Von Dr. L. J. L a d i n s k i. Ibidem.

L a d i n s k i gibt eine ausführliche klinische und anatomische Studie über die Extrauteringravidität. Er bespricht die Ätiologie, Histologie, den Verlauf und das Endresultat, die Diagnose der nicht rupturierten wie auch der rupturierten Extrauterinschwangerschaft. Wenn auch einzelne Fälle spontan ausheilen können, so ist doch L a d i n s k i der Ansicht, dass das einzige Mittel, die Kranken mit Sicherheit retten zu können, die sofortige Operation ist. Des weiteren legt er grosses Gewicht auf eine intravenöse Infusion vor, während oder nach der Operation, je nach der Beschaffenheit des Pulses. —
B u r c k h a r d - Würzburg.

Perityphlitis und Schwangerschaft. Von C a l m a n n. Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XXVI, Nr. 4.

Eine Appendizitis simplex pflegt ungestört zu verlaufen ohne Schaden für die Schwangerschaft und Geburt. Dieses harmlose Krankheitsbild ändert sich aber ganz bedrohlich, wenn eine schwere Entzündungsform der Appendizitis zur Schwangerschaft hinzutritt. Dann entwickelt sich ein verhängnisvolles Wechselspiel gegenseitiger Einflüsse. Denn der Appendizitis droht eine Komplikation durch die natürlichen Wachstumsvorgänge des schwangeren Uterus, teils durch Zerrung während der Gravidität, vor allem aber durch das Auftreten der Wehen. Die Wandungen eines Abszesses können dann gesprengt werden, die drohende Perforation wird beschleunigt und die Peritonitis tut dann ihr Werk. Bei der schweren Appendizitis bedeutet also die Unterbrechung der Schwangerschaft eine wesentliche Schädigung der Pat. Auch das Leben der Früchte ist im äussersten Grade gefährdet. Entweder fallen sie der Infektion oder der Schwangerschaftsunterbrechung zum Opfer. Die Schwierigkeiten der Diagnose können recht bedeutend sein und wachsen mit dem Alter der Schwangerschaft. Die vaginale Untersuchung ist meist illusorisch, am besten ist noch das Palpieren von den Bauchdecken aus bei linker Seitenlage der Pat. Was die Therapie betrifft, so bestimmt nicht die Schwangerschaft die therapeutische Anzeige, sondern nur der Grad der Erkrankung, und unser ganzes ärztliches Handeln gipfelt in der Aufgabe, der drohenden Perforation und der folgenden Peritonitis durch rechtzeitigen Eingriff zu begegnen. Je zeitiger die Geburt auf die Operation folgt, um so grösser ist die Gefahr, dass die vielleicht schon gebesserte Peritonitis wieder aufflackert. So weit es tunlich ist, soll man daher solche Fälle, wo die Geburt gleich nach der Operation zu befürchten ist, in das Wochenbett hinüber leiten. Drängt aber die Situation zum Eingriff, so soll dieser radikal sein. Sind schon Wehen da, so ist es besser, die Wehenarbeit auf ein Minimum zu beschränken, die Geburt abzukürzen, und alles in einer Sitzung zu erledigen. Die Situation ist die gleiche, wenn im Verlauf eines Wochenbettes oder eines Abortes die Retention von Fruchtteilen zum Eingriff zwingen. Die digitale oder instrumentelle Ausräumung ist dann mit der Appendektomie zu verbinden. Für die Behandlung und Beurteilung im Wochenbett haben dieselben

Grundsätze Geltung, wie ausserhalb der Gestationsperiode. Nur eine Komplikation, die ganz ausschliesslich dem Wochenbette eigentümlich ist, verschiebt diesen Standpunkt; sie besteht in einer hartnäckigen Störung der Involutionvorgänge am Uterus, die erst der Heilung oder der operativen Beseitigung der Appendizitis weicht. —
Weisswange - Dresden.

Gravidität und Geburten bei Herzkranken mit 8 kasuistischen Fällen. Von Dr. Th. von Wenzel. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Ibidem.

Nach einem einleitendem Überblick über die bisher herrschenden Ansichten, die Ätiologie, den Verlauf und die Behandlung von Herzkranken während der Schwangerschaft und Geburt, berichtet Verf. eingehend über 8 von ihm selbst beobachtete einschlägige Fälle. In allen diesen kamen die Frauen schon mit sehr schweren Symptomen der Inkomensation in die Klinik, 2 als Schwangere, 6 schon während der Geburt. Die Kompensationsstörungen waren in 4 Fällen schon seit Jahren vor der Schwangerschaft vorhanden, in 3 Fällen traten sie in der ersten, bei einer in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auf. 6 waren Iparae, 2 III parae. In den 8 Fällen wurde einmal künstlicher Abort, einmal Wendung auf den Fuss, je einmal Erweiterung des inneren Muttermundes, innere Wendung auf den Fuss, Extraktion und Plazentaablösung, zweimal Zangenoperationen vorgenommen; 2 Geburten verliefen spontan. Von den Frauen starben 6; in 2 dieser Fälle blieb das Kind am Leben; 2 Frauen verliessen lebend die Klinik, ihre Kinder blieben ebenfalls am Leben. Dreimal handelte es sich um Geburten am Ende der Schwangerschaft, dreimal um Frühgeburten, zweimal um Abort. Dreimal wurde Insuffizienz der Valvula bicuspidalis (von diesen Pat. blieben 2 am Leben), dreimal Stenosis ostii venosi sinistri, einmal eine Insufficiencia valvulae aortae und einmal eine Degeneratio parenchymatosa myocardii konstatiert. Die Beobachtung anderer Autoren, dass die Mitralklappen besonders gefährlich sind, konnte auch Verf. in seinen Fällen bestätigt finden. —

Weisswange - Dresden.

Zwei Fälle von Dementia paralytica mit Schwangerschaft und Geburt. Von Dr. Bauer (Universitätsfrauenklinik Leipzig). Münch. med. Woch., Nr. 41 vom 8. Oktober 1907, pag. 2037.

B. veröffentlicht in extenso zwei einschlägige Fälle und kommt auf Grund derselben zu dem Schlusse, dass die Mutter so wie so einem meist rasch zum Ende führenden Siechtum verfallen sei, dass sie aber trotz dieses krankhaft veränderten Allgemeinbefindens unter günstigen Umständen noch ein reifes Kind lebend gebären könne. Daher solle man im Interesse des Kindes das normale Ende der Schwangerschaft abwarten und nicht auf die Gefahr hin, ausser der an sich so gut wie verlorenen Mutter, auch noch das Kind zu opfern, die Frühgeburt oder den Abort künstlich einleiten. —

Freudenberg - Dresden.

Eine Methode zur Abkürzung normaler Entbindungen. Von Prof. Dr. L a n d a u, Berlin. Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 1.

Verf. empfiehlt den Muttermund während einer Wehe digital zu erweitern und über den andrängenden Kopf hinüberzuschieben. Bei diesem Verfahren sind zur Vermeidung der Infektion zweckmässig Gummihandschuhe zu tragen. —

R a t z e b u r g - Wismar.

Verschleppte Schulterlage mit Vorfall der linken oberen Extremität. Riss des unteren Uterinsegmentes, Wendung, Heilung. Von Dr. St. Alessiu, Spitalul, Nr. 2, 1908.

Es handelte sich um eine 27jährige IV para mit einer verschleppten Querlage unter Vorfall der linken oberen Extremität. Zwischen Vorfall und ärztlichem Eingriff waren 14 Stunden verstrichen, während welcher Zeit die Gebärende zuerst von unkundigen Händen auf alle mögliche Weise behufs Extraktion des Kindes geplatzt worden war, dann einen Weg von 3 Stunden in einem primitiven Wagen zurücklegen musste, um ins Krankenhaus gelangen zu können. Die Wendung konnte ohne Chloroformnarkose relativ leicht vorgenommen werden, doch zeigte es sich nach Extraktion des Kindes, dass ein 4 cm langer Riss des unteren Uterinsegmentes bestehe. Interessant ist, dass derselbe nur unter antiseptischen Waschungen und utero-vaginaler Tamponade in kurzer Zeit ausheilte. Es wurde auch Ergotin, Koffein und künstliches Serum angewendet. Während einiger Tage bestand febrile Temperatur, die aber 38,8° nicht überschritt.

E. T o f f - Braila.

Über extraperitonealen Kaiserschnitt. Von Dr. F r o m m e. Berl. klin. Wochenschrift 1908. Nr. 4.

Der extraperitoneale Kaiserschnitt empfiehlt sich vor allem dann, wenn infizierte Fälle zur Operation kommen. Die Methode ist folgende: Die Bauchdecken werden 1—2 Querfinger über der Symphyse quer durchtrennt, dann das Peritoneum der Umschlagsfalte über dem unteren Uterinsegmente quer durchschnitten, und nun dieses viszerale Peritoneum mit dem parietalen durch Naht vereinigt. So wird die freie Bauchhöhle abgeschlossen, der Uterus im unteren Uterinsegmente quer gespalten, das Kind mit dem Kopfe voran entwickelt, der Fruchtkuchen gelöst, und alles schichtweise vernäht. —

R a t z e b u r g - Wismar.

Ein Fall von Eklampsie infolge von erhöhter intrarenaler Spannung. Von Dr. G. ter Braak und Dr. A. Mijnlief in Tiel (Holland). Z. f. Gyn. Nr. 42, 1907, pag. 1275.

Im Anschluss an einen einschlägigen Fall, in welchem die indizierte Nierendekapsulation seitens der Familie verweigert wurde und der trotzdem durch einfache Morphininjektionen glücklich beendet wurde, verbreiten sich die Verfasser sehr eingehend über Ätiologie, Prognose und Therapie der Eklampsie. In dem den Ausgangspunkt dieser Betrachtungen bildenden Fall schwoll die intra partum stark ver-

grösserte rechte Niere bereits bis zum 3. Tage p. p. völlig ab und am 4. war auch das Stauungsödem der Beine verschwunden. Die Verfasser sprechen sich dahin aus, dass man im allgemeinen eine Schwangere nicht operieren, sondern entbinden sollte, weil hierdurch gerade die Stauung am ersten behoben werde. Auch könne uns niemand die Versicherung geben, dass nicht nach der Operation die Stauung aufs neue auftreten und ihrerseits wiederum Eklampsie hervorrufen könne. Die Operation durante partu vorzunehmen erscheine **alzu** amerikanisch (Edebohls). Vorläufig solle man sich auf einzelne Fälle von Eklampsie in puerperio beschränken, in denen man sowohl nach Pinar d wie nach Sippel imstande sei, ein Menschenleben zu retten.

Was den Zeitpunkt der eventuellen Operation angeht, so sagen die Verfasser: „Findet man bei einer Eklamptischen Oligurie, bei stark albumenhaltigem sanguinolentem Urin, nach mikroskopischer Untersuchung, ausser roten Blutkörperchen ebennoch granulierten Zylinder und Nierenepithelien, so ist man vollkommen berechtigt, operativ einzugreifen, trotzdem unser Fall lehrt, wie man die „vis medicatrix naturae“ nicht zu gering zu achten habe.“ Immerhin aber besitzen wir in der Spaltung der Nierenkapsel, resp. von einer Nephrotomie gefolgt, das beste Mittel die intrarenale Spannung aufzuheben. Gerade in solchen Fällen, in welchen die Spannung noch nicht lange bestanden hat, die edlen Teile des Organes, speziell die Epithelien noch wenig geschädigt wird, ergibt die Operation die besten Resultate. Hat dagegen bereits eine Epithelveränderung stattgefunden, so ist der operative Eingriff meist nutzlos. Nie operiere man aber ohne strikte Indikation.

Die Nierendekapsulation und die Nephrotomie sind herrliche Waffen und bestimmt, bei einträchtlichem Zusammenwirken der Chirurgen und Geburtshelfer, in der Folgezeit manch sonst verlorenes Menschenleben zu retten. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Experimente über die Staubbehandlung der infizierten Pubotomiewunde. Von Dr. H. Offergeld. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XXVI. H. 6.

Nach einer einleitenden Bemerkung bespricht Verf. zuerst das Befinden der Pubotomiewunde nach stattgehabter Infektion, wendet sich darnach den Lymphbahnen von der Vagina zum Os pubis hin zu und bespricht dann den Einfluss der venösen Hyperämie bei Infektion der Hebesteotomiewunde, worauf eine Besprechung der Serumbehandlung auf die infizierte Knochenwunde folgt. Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Resultate, dass die gleichzeitige Verletzung der Vagina zu den allergefährlichsten Komplikationen der Pubotomie zu rechnen sei, weil dann sofort durch die Flora der vaginalen Bakterien die Weichteile und besonders die Knochenwunde infiziert wird, sodass wir es mit schweren, septischen Erscheinungen zu tun haben. In diesen Fällen hat sich die Anwendung verschiedener polyvalenter Sera als wenig erfolgreich erwiesen, dagegen erscheint es, dass man in der rechtzeitigen Anwendung der venösen Hyperämie ein vorzügliches Mittel besitzt, welches nicht allein die latente Infektion nicht nur manifesten werden lässt, sondern

auch dann noch den Krankheitsprozess lokalisiert und zur Ausheilung kommen lässt, wenn schon die ersten Symptome der septischen Osteomyelitis vorhanden sind. Es hat natürlich nur dann einen Sinn, den kurativen Einfluss der Stauungshyperämie auszunutzen, solange noch keine Generalisierung der Infektion auf dem Wege der Blutbahnen erfolgt ist, also das klinische Bild der Pyämie mangelt, und die Infektion auf die benachbarten Lymphstrassen beschränkt ist. —
 Weisswange - Dresden.

Weitere Erfahrungen mit der Pubotomie. Von Ruppert, Giessen. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 11. Bd. 3. Heft.

Angeführt werden 8 Fälle aus der Giessener Frauenklinik, meist Mehrgebärende, bei denen der frühere ungünstige Geburtsverlauf, spontan oder mit Zange oder Wendung, oder Frühgeburt, die Geburt lebender Kinder nicht mehr erwarten liess. Für die Mutter wird die Gefahr weitgehender Zerreissungen und Nebenverletzungen zugegeben, für das Kind mangelhafte Aufschliessbarkeit, je nach der Grösse des Missverhältnisses zwischen Becken und Kindskopf. Deshalb werden die Grenzfälle zwischen der Pubotomie und dem Gebiete des Kaiserschnitts aus relativer Indikation immer für die Kombination der künstlichen Frühgeburt mit der Pubotomie geeignet bleiben. — In allen 8 Fällen wurden lebende Kinder entwickelt. Zur Ausübung im Privathause, wo man gegebenenfalls die erwünschte Asepsis und geschulte Assistenz zu entbehren genötigt wäre, wird die Operation nicht empfohlen, denn „das Leben der Mutter geht über das des Kindes“.

An unangenehmen Nebenverletzungen kamen vor: Zweimal schwere Scheidenzerreissungen auf der Pubotomieseite und einmal Perforation des Uterus mit leichter Verletzung des Kindes am Kopfe durch die Spitze des Sägenführers, zudem einmal eine leichtere Scheidenquetschung durch Druck des Kopfes auf die scharfen Knochenenden. Zur Vermeidung der schweren, mit der Knochenwunde kommunizierenden Scheidenrisse werden bei straffen Weichteilen ausgiebige bis an das Scheidengewölbe reichende Scheidenamminzisionen empfohlen und statt der schwierigen hohen Zange die Wendung und Extraktion.

In 2 Fällen kamen Blasenscheidenfisteln vor, aber nur als Rezidive von Verletzungen, die bereits bei früheren Geburten entstanden waren. Hämatome, nicht besonders erheblich, traten in 6 Fällen ein. Das Wochenbett wurde gestört einmal durch Ödem des linken Beines, einmal durch Phlegmasia alba dolens, einmal durch Schenkelvenenthrombose und leichte peritonitische Erscheinungen.

Zur Beendigung der Geburt wurde dreimal die Zange und fünfmal Wendung und Extraktion angewandt; zweimal wurde die Pubotomie mit der künstlichen Frühgeburt kombiniert. Eine Verlängerung der Conjugata vera war bei der Entlassung in keinem Falle zu konstatieren. —

Peters - Dresden.

Zur Hernienbildung nach Hebosteotomie. Von Dr. Robert Mann, Wien. Z. f. Gyn., Nr. 44, 2. November 1907, pag. 1283.

Eine Bindegewebe-Ausfüllung des Defektes kommt nach Hebosteotomie viel öfter zustande als man früher dachte. Trotzdem ist die Zahl der gänzlich unvereinigt gebliebenen Knochenflächen glücklicherweise selten. Hernien dagegen sind mehrfach beobachtet worden. Zwei Methoden erscheinen besonders geeignet, die Hernienbildung zu verhindern, erstens Hamerschlag's Interposition eines Knochenperioststückes der Tibia und zweitens Schickel's treppenförmiger Knochenschnitt. Der Verf. berichtet nach diesen einleitenden Betrachtungen über einen von ihm beobachteten Fall von Hernienbildung in der Hebosteotomienarbe bei einer IV para.

Die Radikaloperation der nach Hebosteotomie entstandenen Hernien im Knochenspalt selbst kann nach zwei Methoden erfolgen. Entweder man verzichtet auf die bisherigen Vorteile und gestaltet den Beckenring wieder zu einem kontinuierlichen um oder es wird die fibröse narbige Verbindung der Knochenenden belassen und durch eine Weichteilplastik der Verschluss hergestellt resp. durch Implantation eines Fremdkörpers oder lebenden Knochenstückes die Bruchpforte nach einer der zur dauernden Erweiterung dienenden Methoden geschlossen. —

Freudenberg - Dresden.

Experimenteller Beitrag zum Studium der dauernden Beckenerweiterung nach Hebosteotomie. Von Prof. Dr. Raineri, Vercelli (Italien). Z. f. Gyn., Nr. 45, 9. November 1907, pag. 1401.

Verf. operierte an Kaninchen. Von 16 überlebten 10 den Eingriff, und an 9 konnte er — auch Monate lang nach der Operation — die Radiographie des Beckens ausführen. Seine Resultate sind die nachstehenden:

1. Bei den Versuchen mit totem Knochen, sowie mit kalziniertem Knochen oder mit Knorpel entsteht an der Verwachungsstelle leicht Nekrose, oder der Fremdkörper wird durch Eiterung ausgeschieden. Manchmal bleibt er als fremder Körper im Bindegewebe eingeschlossen.

2. Die Heilung der Schambeinwunde erfolgt fast immer ganz durch fibröses Bindegewebe.

3. Die Notwendigkeit, Einfügungen von einer relativ gewissen Dicke zu wählen, um ein gutes Resultat zu haben, hat ohne Zweifel Einfluss auf den Erfolg.

4. Im Falle eines Nichtgelingens des Experiments muss man auf das absolut Unpraktische des Vorschlags schliessen, wenn man es auf das Frauenbecken anwenden wollte.

Da inzwischen ja nun Versuche bei Frauen ausgeführt sind, werden wir ja bald über den Verlauf der Sache Näheres hören. —

Freudenberg - Dresden.

Zur operativen Behandlung der Inversio uteri puerperalis inveterata. Von Dr. Emanuel Gross, Assistent der deutschen

Univers.-Frauenklinik in Prag. Z. f. Gyn., Nr. 46, pag. 1433. 1907.

Verf. bespricht die Ätiologie und Behandlung der oben erwähnten

Läsion, teilt einen einschlägigen Fall mit und schlägt als therapeutisches Verfahren das Folgende vor:

1. Unblutige Reversionsversuche; jedoch nur sehr vorsichtig; dieselben sind bei vollständiger Inversion des Uterus besser ganz zu vermeiden.

2. Das typische operative Verfahren ist die Eröffnung des Peritoneums auf vaginalem Wege. Je nach der Schwere des Falles sind dann nacheinander zu versuchen: bimanuelle Reversion, dieselbe nach Spaltung einer Uteruswand (vertikale Reversion), schliesslich die Verlängerung des Schnittes bis in das Scheidengewölbe (horizontale Reversion).

3. Bestehen Verwachsungen, die auf vaginalem Wege sich nicht lösen lassen, so kann auch nach der Kolpotomie noch die Laparotomie gemacht werden; nach Lösung der Verwachsungen wird die einfache Taxis oder die Reversion nach partieller oder totaler Spaltung einer Wand des Uterus die Erhaltung desselben ermöglichen.

4. Verstümmelnde Operationen sind nur im Falle unstillbarer Blutung bei einer der genannten Operationen, septischer Infektion oder Perforation des Uterus indiziert. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über verschleppte Querlagen und die Dekapitation. Von Dr.

J. Wernitz, Direktor des Stadtkrankenhauses in Odessa.
Z. f. Gyn., Nr. 46, 1907, pag. 1439.

Verf. veröffentlicht 4 einschlägige Krankengeschichten und stellt zum Schlusse die nachstehenden Thesen auf:

1. Die Exartikulation des vorgefallenen Armes bei verschleppten Querlagen erleichtert oder macht in schweren Fällen die Dekapitation überhaupt erst möglich.

2. Durch Exartikulation des Armes werden die mütterlichen Weichteile beim Operieren weniger insultiert.

3. Nur bei noch beweglicher Schulter erleichtert der Zug am vorgefallenen Arme den Zutritt zum Halse.

4. Ist der Hals nicht zu erreichen, oder muss dazu zu viel Kraft verwendet werden, so durchtrennt man die Wirbelsäule an der zugänglichsten Stelle mit folgender Eventration. Die Extraktion erfolgt cum duplicato corpore oder in drei getrennten Teilen des kindlichen Körpers, statt der gewöhnlichen zwei.

5. Die Schonung der mütterlichen Teile ist die Hauptbedingung bei der Dekapitation. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Management of the puerperium from a surgical standpoint.

Von Dr. A. Flint. The american journal of obstetr. Januar 1908.

Flint erwähnt zunächst, dass alle Verletzungen am Scheideneingang sofort, ev. noch vor der Geburt der Plazenta durch die Naht zu vereinigen sind. Zervixrisse will er unmittelbar post partum nur genäht wissen, wenn sie Veranlassung zu einer stärkeren Blutung geben. Vor die Vulva soll ein Verband gelegt werden, der das Lochialsekret aufsaugt. Bei Blutungen infolge des Zurückbleibens von Plazentarresten empfiehlt er die Anwendung einer breiten stumpfen Kürette. Dieser

Empfehlung kann sich Ref. nicht anschliessen; die Gefahr der Uterusperforation ist zu gross. Auch für Plazentarpolypen wird die Anwendung der Kürette empfohlen. Wichtig ist der Hinweis auf die Möglichkeit eines Chorioepithelioms bei Blutungen im Spätwochenbett. Subinvolutio uteri wird mit Ergotin und Strychnin innerlich und Bor- oder Tanninglyzerintampons lokal behandelt; daneben werden heisse Douchen gegeben. Bei Retroflexio uteri ist für geregelten Stuhl zu sorgen, ausserdem sollen die Frauen jeden Tag eine Zeit lang Bauchlage einnehmen. Ev. ist für einige Zeit ein Pessar einzulegen. — Burckhard - Würzburg.

Care of the patient in the puerperium. Von Dr. F. A. Dorman. Ibidem.

Dorman gibt im wesentlichen für Hebammen bestimmte Anweisungen über die Behandlung der Frauen nach der Entbindung. Sie erstrecken sich auf die Behandlung der äusseren Genitalien, die Diät der Wöchnerinnen und Pflege der Brust. Etwas neues ist in dem Aufsatz nicht enthalten. — Burckhard - Würzburg.

Treatment of the puerperium. Von Dr. S. Marx. Ibidem.

Marx gestattet seinen Wöchnerinnen von Anfang an grössere Freiheit in der Diät; dadurch wird der Stuhl besser geregelt, auch ist die Schwäche beim ersten Aufstehen geringer. Ferner gibt er regelmässig während der ersten 10 Tage des Wochenbettes kleine Dosen Ergotin. Zur Kräftigung der Haut der Brustwarzen wird empfohlen, dieselben in den letzten Monaten der Schwangerschaft morgens und abends mit einer 20 bis 30%igen Ichthyollösung einzustreichen. Zur Anregung der Laktation ist Gallegaextrakt und Laktagol von Nutzen. — Burckhard - Würzburg.

Über Veränderungen in retinierten Plazenten. Von Maria Berlin, Basel. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 11 Bd., 3. Heft.

Die Untersuchungen, welche die Verfasserin an retinierten Plazenten (Material von Prof. Langhans) bezüglich postmortalen Veränderungen nach Absterben des Foetus anstellte, ergaben in Übereinstimmung mit früheren Untersuchungen von Merthens und Franqué, dass die Plazenta nach dem Absterben des Foetus noch weiter ernährt wird, soweit in derselben die mütterliche Zirkulation erhalten bleibt. Ein Grund für das Aufhören derselben wird durch den Tod des Foetus nicht gegeben, dagegen wird man wohl annehmen dürfen, dass die Blutversorgung und die Wachstumsverhältnisse durch den Tod des Foetus beeinflusst werden und zwar derart, dass eine Abschwächung eintritt und diese kann ja an manchen Stellen zu Veränderungen in dem intervillösen Raum führen; aber soweit das letztere nicht der Fall ist, arbeitet das Syncytium weiter. Ihm liegt hauptsächlich, in der 2. Hälfte der Schwangerschaft wohl ausschliesslich, die Funktion ob, aus dem mütterlichen Blute die für den Foetus nötigen Stoffe aufzunehmen und an die Zotten abzugeben. Da aber die foetale Zirkulation wegfällt, häufen sie sich entweder an Ort und Stelle, namentlich in dem Zottenstroma, besonders in dessen obersten

Schichten an und erzeugen hier einen oedematösen Zustand, oder ein Teil derselben wird von den Endothelien der Blutgefässe, hauptsächlich der Arterien und Kapillaren aufgenommen, diese geraten in Wucherung gerade wie in den Gefässen, die durch doppelte Unterbindung oder sonstwie aus der Zirkulation ausgeschlossen sind, — und führen zu einem totalen oder partiellen Verschluss.

Erwähnt wird noch Pigmentbildung im Chorion und Zottenstroma sowie die Verkalkung, die sich als Verkalkung an der Peripherie des Zottenstromas oder in Form grösserer Kalkkugeln im Innern der Zotte zeigen kann.

P e t e r s - Dresden.

Septische Arteriitis und Aneurysma beim Kinde. Von Prof.

Dr. B a g i n s k y, Berlin. Berl. klin. Wochenschrift 1908, No. 4.

Bei dem von Baginsky besprochenen Fall war unter remittierenden Fiebererscheinungen eine pulsierende Geschwulst in der Mitte des Leibes aufgetreten. Schon bei Lebzeiten wurde die Diagnose auf ein Aneurysma der Bauchorta gestellt, welches auf der Basis einer septischen, durch Streptokokken erzeugten Arteriitis entstanden war. Der Fall endete natürlich tödlich.

R a t z e b u r g - Wismar.

Säuglingssterblichkeit und Kostkinderwesen in Mecklenburg-Schwerin. Von Dr. B r ü n i n g - Rostock. Z. f. Säuglingsfürsorge Bd. 2 No. 3. 1908.

B. hatte gelegentlich einer anderen Arbeit gefunden, dass i. J. 1904 von den 1681 in Rostock lebend geborenen Kindern insgesamt 16,95 % vor Ablauf des ersten Lebensjahres wieder starben; und dass die Mortalität der ehelichen Säuglinge nur 15,64 %, die der unehelichen aber 24,05 % betrug. Um die bei den sonst relativ günstigen Lebens- und Mortalitätsverhältnissen in Rostock auffallend grosse Differenz auf ihre Ursachen hin zu ergründen, musste B. zunächst einen Vergleich der einschlägigen Verhältnisse Rostocks und Mecklenburgs mit andren Städten und Landesteilen Deutschlands ziehen und kommt im weiteren Verlauf seiner Arbeit zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Gesamtsäuglingssterblichkeit ist für ganz Mecklenburg eine mittlere (15—20 %), jedoch ist sie in Wismar, der zweitkleinsten Stadt, mit 18,38 % grösser als in den drei übrigen.

2. Für die ehelichen Geburten gilt das gleiche; auch hier übertrifft Wismar mit 17,34 % den nächsthöheren Wert Rostocks mit 15,64 % um 1,7 %.

3. Die Mortalität der unehelichen Säuglinge nimmt mit der Grösse der Stadt ab und schwankt zwischen 31,34 % (Güstrow) und 21,51 % (Rostock).

4. Das Prozentverhältnis der ehelichen zu den unehelichen Todesfällen bei Säuglingen nimmt mit der Abnahme der Einwohnerzahl der Städte zu, indes Rostock mit 1 : 1,38 am günstigsten, das $3\frac{1}{2}$ mal kleinere Güstrow mit 1 : 2,19 am ungünstigsten dasteht, aber, was hervorgehoben werden muss, die Residenzstadt Schwerin mit 1 : 1,95 nur wenig übertrifft.

5. Auch die Zahl der unehelichen Geburten per 1000 Einwohner

ist in Schwerin mit 1,9 eine ausserordentlich geringe gegenüber 2,6 bei Wismar und Güstrow und 4,8 bei Rostock.

6. Die Zahl der Lebendgeburten und Säuglingstodesfälle pro 1000 Einwohner ist in den beiden Seestädten Wismar und Rostock am grössten; Schwerin steht auch hier am günstigsten mit 21 Geburten und 3% Todesfällen bei Säuglingen.

7. Das Verhältnis der ehelichen zu den unehelichen Lebendgeburten ist in Schwerin am günstigsten, (1 : 1,14), nimmt in Güstrow mit 1 : 1,18 eine Mittelstelle ein, und beträgt in Rostock 1 : 4,7 d. h. hier kommt schon auf weniger als 5 Lebendgeborene ein illegitimes Kind.

B. stellt nun die Frage: Weshalb steigt die Sterblichkeit der Unehelichen mit dem Kleinerwerden der mecklenburgischen Städte an, wie aus dieser Tatsache bei den Ehelichen zu vermerken ist, und findet die Erklärung darin, dass in den kleinen Städten vielleicht weniger Gelegenheit zu sachgemässer Abhaltung von Geburts- und Wochenbette für die unehelich Schwangeren ist, und dass auch die Kinder dort, bei fremden Leuten untergebracht, nicht die nötige Fürsorge finden. Für die Überwachung dieser Kostkinder erforscht nun B. die in Mecklenburg etwa vorhandenen Gelegenheiten und gesetzlichen Vorschriften und findet sie unzureichend. Infolgedessen verlangt er am Schlusse für ganz Mecklenburg eine den modernen Forderungen entsprechende Regelung des Kostkinderwesens und spricht die Hoffnung aus, dass auch hierin Rostock mit gutem Beispiele vorangehen möge.

B a r o n - Dresden.

Zwei Ausnutzungsversuche mit Odda M. R. Von Dr. med. Karl Bornstein (Leipzig), Spezialarzt für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen. „Fortschritte der Medizin“ 1908, Nr. 2.

Der Verf. hat an sich selbst zwei Ausnutzungsversuche mit Odda M. R. angestellt, die ihn sehr befriedigt haben und über die er an genannter Stelle eingehend berichtet. Der Stickstoff wurde zu 87,06 resp. 87,29 %, das Fett zu 94,4 resp. 95,15 % ausgenutzt. Die Kotmenge war eine ungewöhnlich geringe. Auch die absolute Unschädlichkeit des Milchzuckers in der Oddakomposition überraschte den Verf. nicht wenig, da sonst Milchzucker bei ihm stets Diarrhöen hervorzurufen pflegt.

Da der Preis der Odda M. R. nicht höher ist als der eines guten Kakao, die Frage darüber, ob Odda die Ausnützung beeinträchtigt nach Versuchen von Geheimrat Zuntz und denjenigen des Verf.'s wohl in negativem Sinne zu beantworten ist, dürfte es sich nach B.'s Ansicht empfehlen, Odda wegen seiner rationellen Zusammensetzung der Milch in grösserer Menge zuzusetzen, speziell in der Kinderernährung, aber auch dort, wo eine angereicherte Nahrung gegeben werden soll, und sie dort anzuwenden, wo die Milch bisher in anderer Weise schmackhafter und mundgerechter gemacht worden ist.

Verf. hat Odda M. R., seitdem er es im Experiment kennen und schätzen gelernt hat, auch in der Praxis vielfach bei den verschei-

densten Magendarmerkrankungen in Milch und Suppen nehmen lassen. Das Präparat wird gern genommen, sehr gut vertragen, und des Verf.'s Erfolge sind dieselben guten, wie sie von anderer Seite auf Grund genauer Beobachtungen berichtet worden sind. —

Freuden berg - Dresden.

Über Heilung der Iritis und Iridozyklitis. Heilung der Blennorrhoea neonatorum. Von Dr. Vinzenz Fukala - Wien. Münch. med. Woche, Nr. 41 vom 8. Oktober 1907, pag. 2031.

Aus der obenstehenden Arbeit heben wir nur das uns Interessierende über die Blennorrhoe der Neugeborenen hervor. F. erklärt, dass das Credé'sche Verfahren nur für leichtere Fälle genüge. Bei schwereren Fällen lasse es im Stich, und daher kämen trotz Credé und trotz korrekter Durchführung seines Verfahrens immer noch Fälle von Erblindung von Kindern vor. F. vertauscht, da er gleich Credé das Silbernitrat für das beste Mittel hält, dessen 2proz. Lösung mit einer 4 Prozent. In letzterer Zeit jedoch hat er mit einer 5 Prozentigen Lösung die allerbesten Resultate erzielt und empfiehlt er diese Konzentration auf das Wärmste. Ursprünglich nur bei schweren Fällen versucht, hat er die stärkere Dosierung jetzt auch bei den leichten Fällen schätzen gelernt. Nie beobachtete er Komplikationen, sondern stets rascheste Heilung, und die mit Recht so gefürchtete Hornhautaffektion hat er bei seinem Verfahren nicht mehr zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Zum Tuschieren bedient sich der Verf. nicht mehr des Pinsels, sondern nur einer Sperrpinzette, mit der er ein Bäschchen Watte fasst, die er mit der — jedes Mal frisch zu bereitlebenden — Lösung trinkt. Kollegen, die mit der Lidumstülpung nicht gut zurechtkommen, ermahnt der Verf., erkrankte Kinder der Klinik oder dem Spezialarzt zu überweisen. Denn die Schuld, an der Erblindung eines Kindes beteiligt zu sein, sei eine drückende, und nur bei Durchführung dieses Prinzips könnten wir zu dem Ideal, dass kein Mensch mehr an Neugeborenenblennorrhoe erblindet, gelangen. —

Freuden berg - Dresden.

Referate aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Académie des sciences zu Paris berichtete Dr. Foveau von Courmelles-Paris, wie wir der Zeitschrift für neuere physikalische Medizin (Nr. 5, 1908, pag. 156) entnehmen, über die Sterilisation der weiblichen Geschlechtsorgane durch Xstrahlen. Redner bringt als Folge einer früheren Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen (Rückbildung gewisser Fibrome und Sterilisation der Ovarien) eine Gesamtzahl von 53 Fällen, in denen die Xstrahlen binnen 18—160 Sitzungen je nach dem Fall eine vollständige Sterilisation

herbeigeführt haben. Das Alter der Frauen wechselte von 31—57 Jahren. Elf, welche 30—40 Jahre alt waren, reagierten weniger rasch auf die Behandlung als die älteren Frauen. Alle so behandelten, mit einer einzigen Ausnahme, sind zur vorzeitigen Menopause gelangt. —

Aus amerikanischen gynäkologischen Gesellschaften.

Transactions of the New York obstetrical society. Sitzung vom 8. Oktober 1907. The amer. journ. of obst. December 1907.

Boldt demonstriert eine Hydrosalpinx, die eine Tubenschwangerschaft vorgetäuscht hatte. Mallet berichtet über einen Fall von Darmverschluss im Anschluss an eine Laparotomie, der durch Resektion eines Stückes des Ileum geheilt wurde. Wells bringt drei interessante Fälle von Aborten. In dem ersten war eine Haarnadel in den Uterus eingeführt worden. Nach Spaltung der vorderen Zervixwand und Abschieben der Blase gelang es erst, die Nadel zu entfernen. Im zweiten Fall handelte es sich um eine Saprämie im Anschluss an einen artifiziellen Abort. Nach Ausräumung des Uterus wurde derselbe mit einer physiologischen Kochsalzlösung und dann mit einer schwachen wässrigen Jodlösung ausgespült. Heilung. Im dritten Fall schliesslich bestand höchstgradige Anämie und Perforation des Uterus, die wahrscheinlich mittelst einer Kürette beim Ausräumen des Abortes entstanden war. Laparotomie, Naht, Heilung. Brettauer demonstriert zwei Fälle von Missbildungen im Bereich der Genitalien; bei dem einen fehlte Vagina, Uterus und linke Niere, bei dem zweiten Vagina und Uterus. —

Burckhardt - Würzburg.

Transactions of the New York obstetrical society. Sitzung vom 12. November 1907. The amer. journ. of obstetr. January 1908.

Brothers zeigt einen Fall von Bauchhöhlenschwangerschaft mit Fibromen des Uterus. Laparotomie, Heilung. Des weiteren demonstriert er einen Fall von Tubarschwangerschaft mit Hämatom des Ovarium. Möglicherweise handelt es sich hier um eine Ovarialschwangerschaft. Jewett spricht über einen Fall von Tubarschwangerschaft ohne besondere Bedeutung. Boldt demonstriert eine ungewöhnlich grosse Kyste der Bartholini'schen Drüse, sowie ein grosses Stück Gaze, das bei einer Operation in der Bauchhöhle zurückgeblieben und von ihm per laparotomiam entfernt worden war. Taylor berichtet über einen Fall von Sarkom des Uterus. Es war bei der betreffenden Patientin ein submuköses Myom entfernt worden, das sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Sarkom erwies. Totalexstirpation des Uterus. —

Burckhardt - Würzburg.

In der Sitzung der Washington obstetrical and gynecological society vom 19. April fand zunächst

die Diskussion über den unter den Referaten angeführten Vortrag von Kelley über ektopische Gravidität statt, sodann folgten eine Reihe von Demonstrationen. Johnson zeigt einen grossen subperitonealen Tumor. Fry bespricht die Behandlung der Toxämie während der Schwangerschaft mit Thyroidextrakt. Bovée zeigt ein verkalktes Ovarialpapillom, Bovée einen Fall von gleichzeitiger intra- und extrauteriner Gravidität, Miller ein Karzinom des Corpus uteri.

In der Sitzung vom 3. Mai zeigt Cooke einen kleinen, intakten Amnioskack, daran schliesst sich die Diskussion über den Vortrag von Stone über Chorionepitheliom an.

In der Sitzung vom 17. Mai demonstriert Fry ein grosses Fibrom, Stone einen Fall von Cholelithiasis sowie einen Fall von retroperitonealer Appendizitis, Johnson einen solchen von Kraniotomie; Sprigg hält einen Vortrag über Meningitis im Anschluss an Influenza. —

In der obstetrical society of London hielt am 3. Juli Taylor einen Vortrag über Vereiterung in Ovarienkysten infolge von Typhusinfektion. Sodann demonstrierte er zwei Uteri mit einem Ligamentum fundale; ferner demonstrierten Targett ein durchblutetes Myom, Aldrich-Blake ein Skelett eines extrauterinen Fötus sowie ein Karzinom an einem Uterus unicornis, Lewers zwei Fälle von Fibromen mit Blutungen nach der Menopause, Spencer ein verkalktes Fibrom, Longridge die Brust eines Neugeborenen sowie eine Hernia diaphragmatica, Scharlier ein Myxofibrom von 23 1/2 Pfund.

Daran schliessen sich an Bücherbesprechungen sowie eine Übersicht über die neueste Literatur. —

Burckhard - Würzburg.

Mitteilung.

Der XVI. Internationale medizinische Kongress findet vom 29. August bis 4. September 1909 in Budapest unter dem Allerhöchsten Protektorate Seiner Kaiserlich und Apostolisch Königlichen Majestät statt. Adresse: Budapest (Ungarn), Esterházy-utca 7.

Praktische Mitteilungen und Notizen.

Menorrhagien.

1. Absolute Bettruhe und zwar als prophylaktische Massregel schon vor Eintritt der Regel, um die Blutung hintanzuhalten.
2. Wenn der Blutabgang ein allzu reichlicher ist, subkutane Injektionen von Ergotin oder besser von Ergotin. Desgleichen gegen die Hämorrhagie folgendes Rezept:

Secal. cornut. subtiliter pulverisat. 2.0

Kal. brom. 3,0

M. et f. s. a. pulv. No. 10.

S. Vor jeder Mahlzeit 1 Pulver 5 Tage lang vor Eintritt der Menstruation zu nehmen. —

Während der Periode selbst zweimal täglich 20 Tropfen,

Extract. fluid. Hamamelis 15,00 oder noch besser 25 Tropfen dieses Extraktes als Klysma, mit einer Abkochung von Leinsamen —

Wenn die Blutung stärker wird, dreimal täglich Darreichung von 15—20 Tropfen der nachstehend zusammengesetzten Tinktur:

Tinct. Hydrast. canad.

Tinct. Hamamel. virgin.

Tinct. Viburn. prunifol. aa 10,00.

Entziehende Diät, besonders bezüglich des Fleischgenusses. Verhütung von Verstopfung durch Abführmittel. —

(Gazette méd. de Paris, 15. Sept. 1907, pag. 8.)

Freuden berg - Dresden.

Gegen d. **Magendarmkatarrh kleiner Kinder** empfiehlt das Journ. de méd. de Paris (No. 39, 29. Sept. 1907, pag. 377) folgendes Mittel:

Gelatine 10,00

Coque c. aqu. destillat. 500,00

usque ad colatur. 80,00

Dein filtra et adde Syr. cort.

aurant. 100,00

Acid. citrici 1,00

M. D. S. Alle zwei Stunden einen Dessertlöffel voll zu nehmen.

Freuden berg - Dresden.

Vulvitis bei Kindern.

Ein wirksames Abwaschungsmittel ist warme Milch und Wasser zu gleichen Teilen mit je einem Teelöffel voll von Borax und officinellern essigsäuren Bleiliquor auf ein Viertelliter der verdünnten Milch. Mit dieser Flüssigkeit soll die Vulva der kleinen Mädchen mehrmals täglich abgewaschen werden. —

(Dr. Amand Routh. The hospital, 25. Mai 1907.)

Freuden berg - Dresden.

Literatur.

Archiv f. Gynaekologie. 84. Bd 2. u. 3.
H. Berlin, Hirschwald. 9,00

Beiträge z. Geburtshilfe u. Gynäkolog.
12. Bd. 2. u. 3. Heft Leipzig. G. Thieme
14,40

Feldberg, V., u. Uterusmyom als Ge-
burtshindernis. Diss. Berlin 07.

Fratkin, A., d. Erfolge d. Fangobe-
handlg. i. d. Frauenklinik zu Freiburg i.
Br. für 1906. Diss. Freiburg 1908.

Kaetbegener, Gaudenz, u. Missed la-
bour u. Missed abortion. Diss. Kiel 08.

Munk, A., Übertragg. bei Antefixatio
uteri. Diss. Marburg 07.

Neltner, J., Tuberkulose u. Schwanger-
schaft. Diss. Strassburg 07.

Sudarski, N., Atresia hymenalis und
ihre Folgezustände. Diss. Berlin 07.

Verhandlg. d. oberrhein. Gesellsch.
f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. III. Jahrg.
07. Leipzig 08, G. Thieme. 1,20

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Aerzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg, Frauenarzt in Dresden.

Erscheint am dritten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 18 Mk. direkt unter Kreuzband 18 Mk. 80 Pf., für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 20 Mk. für's Ausland einzelne Hefte 2 Mk. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

Heft 6 (270).

Leipzig, 19. Juni 1908.

XXIII. Jahrg.

Inhalt: Originalien: **Mensinga**, Mein stets willfähriger nie versagender Assistent. 242. — **Kalmus**, Die Mutterkornpräparate. 245. — **Fuchs**, Über Callaquot. 250. — Referate über Frauenheilkunde: **Taylor**, The role of gonococcus in disease. 256. — **Spiet**, Bildungsfehler der Vagina. 257. — **Chavannaz**, Die Operation der Verschlüssung der Scheide. 257. — **v. Mars**, Gynäkologische Untersuchung durch die Scheide. 257. — **Hollos**, Die tuberkulöse Ätiologie der Dysmenorrhöe. 258. — **Lucas-Champlonnère**, Eierstocksimplantation. 259. — **Foisy**, Subperitoneale Fibrome des Uterus. 260. — **Czerny**, Blitzbehandlung (Fulguration) der Krebse. 261. — **v. Herff**, Chlorzink gegen Karzinom, Phenol gegen Endometritis. 261. — **Ernst**, Ein Depressor vaginae nach Fanöe. 261. — **Wille**, Mechanische Assistenten. 262. — **Horst**, Lähmungen im Gebiete des Plexus brachialis bei Operationen in Beckenhochlagerungen. 262. — **v. Holst**, Wie operieren wir am rationellsten? 262. — **Hartog**, Zum frühen Aufstehen Koliotomierter. 263. — **Olshausen**, Ätiologie der Retroflexio uteri puerperalis. 264. — **Valette**, Anzeigen und Gegenanzeigen der Kinesitherapie. 265. — **Cantru**, Bauchmassage bei Ernährungsstörungen. 266. — **Runge**, Neuere Behandlungsmethoden auf dem Gebiete der Gynäkologie. 267. — **Reinhardt**, Adrenalin und Osteomalakie. 269. — **Franz**, Licht als Desinfiziens. 269. — **Kehrer**, Hefetherapie der Kolpitis. 269. — **Hensel**, Kotarnin-phthalat. 270. — **Oefele**, Anorral bei Hämorrhoiden. 270. — Referate über Geburts- und Säuglingspflege: **Winter**, Ätiologie der Hyperemesis gravidarum. 271. — **Cramer**, Kochsalzentziehung beim Schwangerschaftshydrops. 272. — **Grünbaum**, Scheidenvarixblutung in der Schwangerschaft. 272. — **Pallin**, Fall von eineiigen Zwillingen. 273. — **Granzner**, Eineiige Drillinge. 273. — **Sfameni**, Entstehung der Plazenta marginata und circumvallata. 273. — **Partaelli**, Extrauterinschwangerschaft. 274. — **Galle**, Ein Fall von Geburt ohne Blutverlust. 275. — **Rosenberger**, Hämstoma vulvae. 275. — **Bircher**, Ovarialsarkom während der Geburt. 276. — **Jolly**, Hohe Zange bei Gesichtslage. 276. **Kooks**, Diagnose der Schulterlagen. 277. — **Frank**, Nierendekapsulation bei Eklampsie. 277. — **Samuel**, Erleichterung der Austrittsbewegung. 278. — **Louros**, Über die Bedeutung der Eihautretention. 278. — **Krömer**, Die Behandlung der Nebenverletzungen bei der Hebosteotomie. 279. — **Beneke**, Kernikterus der Neugeborenen. 280. — **Schanz**, Zur Augenentzündung der Neugeborenen. 280. — **Gallols**, Die Behandlung der Gastroenteritis bei kleinen Kindern. 281. — **Bayrthal**, Schulärztliche Erfahrungen. 282. — Rezensionen: **Scherf**, Herzkrankheiten. 284. — **Böfinger**, Die andauernde Stuhlverstopfung. 284. — **Wattenberg**, Wie verschaffen wir unseren Kindern gesunde Knochen. 285. — Referate aus ärztlichen Gesellschaften. 285. — Praktische Mitteilungen und Notizen. 285. — Feuilleton: **Mensinga I.**, Difficile est Satyram non scribere. 286. — Literatur. 288.

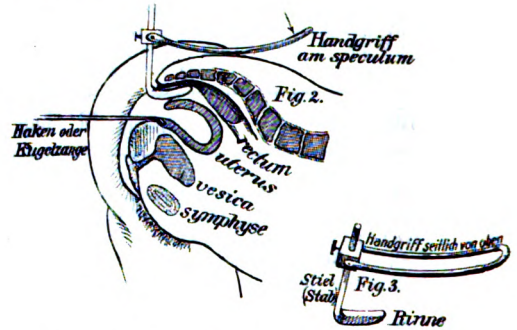
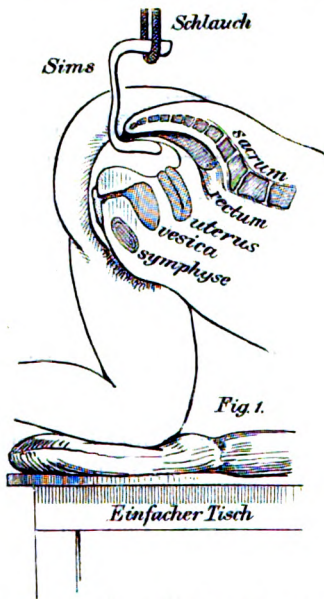
Nachdruck bedarf der Genehmigung des Verlegers — Referierung mit Quellenangabe erbeten. — Sonderabdrücke verboten.

Mein stets willfähriger nie versagender Assistent.

Von Dr. Mensinga - Flensburg-Reichenhall.

Vor zirka 30 Jahren nahm ich Gelegenheit in der Schlesw.-Holst. Ärzte-Vereinsversammlung in Heide meinen einfachen Apparat zur Besichtigung der inneren Scheide den Kollegen zu demonstrieren. Fig. 1. Ein Zeitgenosse, jetziger Med.-R. Halling in Glückstadt nannte mein Verfahren ein Kolumbusei.

Ich habe seitdem eine andere Lage zur betreffenden Inaugenscheinnahme nicht wieder verwendet.



Verschiedene Kollegen meinten: diese Lage „geniere die Frauen, — unsere Feminae mögen so etwas nicht, denn „von der Klinik her“ sind sie es nicht so gewohnt, — ironisch: das sei eine Untersuchung und Lage „à la Vache“, — sie sei eine sehr unästhetische, u. s. w.

Seitdem ich nun auch in Reichenhall dieselbe Methode verwendet, habe ich noch allgemeinere Beobachtungen zu machen Gelegenheit gehabt. Es kommen ja dorthin aus allen möglichen Herren Ländern Kranke zusammen, die bereits anderweitig mit dem Speculum in Rückenlage behandelt worden waren. Meine Methode war ihnen neu. Ich suchte daher die Gelegenheit nach einigen Malen, die Betreffenden zu fragen, wie ihnen meine Methode vorkäme. Die Antworten lauteten sämtlich: Zuerst wäre es ihnen etwas wunderlich gewesen, — einige: so verkehrt um — so ganz anders, — aber — so bequem und anstandslos wie mein Verfahren hätten sie noch nie etwas erlebt.

Nur eine einzige junge Dame von c. 35 Jahren, welche in operativer Beziehung fast alles Erdenkliche erlebt hat*), konnte sich mit der Stellung nicht recht befreunden, obgleich sie einräumte, dass alle meine Manipulationen ihr noch nimmer so wenig Schmerz oder Unbehagen, Beschwerden, gemacht hätten wie die früheren Arbeiten

*) Sie geht z. B. jetzt noch mit einer künstlichen, aber trotz vieler Versuche nicht wieder heilbaren Blasenscheidenfistel einher.

und Untersuchungsmethoden anderer Ärzte. Mit dem Spekulum in der Rückenlage öffnet sich niemals der ganze Fundus vaginae so vollständig und so ungezwungen wie bei meiner Methode.

Ich benutze einen einfachen Tisch von gewöhnlicher Höhe, 60 cm Breite 1,20—1,25 m Länge; (am Kopfende des Tisches ist eine aufrichtbare Platte für die Rückenlage). Am Fussende des Tisches hängt von der Decke herab ein ca. 4 Meter langer gedoppelter derber Gummischlauch, in dessen Schlaufe ich den einen Löffel des Sims'schen Spekulum aufhänge, — das ist mein ganzer Apparat. — Also kein Tisch mit Kniestützen und Fussbrettern oder keine besonderen Spekula zum Festklammern oder Selbsthalten (in letzterer Beziehung kann man eine Menge sinniger Erfindungen registrieren) — nichts derartiges kommt bei mir zur Verwendung.

In der Ambulantenpraxis braucht Pat. sich gar nicht zu entkleiden; sie steigt vermittelst der kleinen vorgestellten Treppe, zwei Stufen hoch, und kniet auf dem Rande des Tisches nieder, beugt sich vorne über, sich halb auf die Ellenbogen halb auf die Brust stützend und stützt sich die Stirn mit den Händen, wie der Moslem bei seiner Gebetverrichtung in der Moschee.

Sodann wird nach gänzlicher Zurückschlagung der Kleider, Röcke u. s. w. die Genitalpartie gründlich eingeseift mit dick aufliegendem Seifenschaum; meistens deutet ein zischendes Geräusch an, dass die Vagina sich mit Luft gefüllt hat.

Diese ballonartige Ausdehnung der Vagina ist z. B. bei gonorrhöischer Vaginitis von ungeheurem Wert. (Für diesen Fall aber habe ich ein aus Draht gefenstertes, erweitertes Spekulum konstruiert, um die ganze Vagina, auch den Teil, der sonst von dem Löffel [nach Sims] bedeckt war, desinfizieren zu können. Dieses Spekulum ist bei Evens und Pistor erhältlich.)

Der eine auch eingeseifte Löffel des Spekulum wird spielend in die Vagina geschoben und der andere Löffel in die herabgezogene Schleife des elastischen Gummischlauches eingehängt. Sofort ist die ganze Vagina dem Blicke frei, abwärts in der Tiefe bietet sich die Portio dar.

Das Erscheinen der Portio an einer anderen Stelle deutet sofort hin auf eine abnorme Lage resp. normwidrige Anheftungen, womit man zu rechnen hat.

Ohne manuelle Assistenz einer zweiten Person habe ich auf diese Weise alle die Verrichtungen der kleineren Gynäkologie unbehindert verrichten können.

Ist eine kleine Ausspülung erwünscht, so fließt das gebrauchte Wasser längs der Schamhaare in ein zwischen die Kniee geschobenes Eiterbecken. Es kommen meine Finger mit den inneren Genitalien gar nicht mehr in Berührung, welches ich mit Rücksicht auf die Asepsis für wesentlich halte; denn wenn z. B. die Imprägnierung des Uterusinnern mit Jodtinktur erforderlich ist, ziehe ich mit dem Uterushäkchen die vordere Lippe bis nahe an den Eingang heran, wodurch der Uterinkanal zugleich etwas gestreckt wird, und ein 8 bis 9 Zentimeter herauf mit wenig Watte umwickeltes Piassavastäbchen, das vorher gut ausgekocht ist, in Jodtinktur getaucht, gleitet

leicht in den Fundus uteri hinein, vorausgesetzt, dass keine Stenose des Orificium internum vorhanden ist, welches dann vorher mit der kegelförmigen Sonde erweitert werden muss. Die Piassava wird nur einmal gebraucht und sofort weggeworfen, für jede Manipulation wird eine neue genommen, die man mit wenig Watte umwickelt in Vorrat haben muss. —

Je nach der Indikation wird ein trockener, oder mit Medikament: Glyzerin, Ichthyol, Thigenol etc. versehener Tampon (mit Faden) hineingeführt (nächsten Tages durch die Pat. am Faden zu entfernen). Der Tamponfaden hängt heraus und verhindert die Gurrilitas vulvae, welche sonst beim Aufstehen der Patientin durch das Entweichen der Luft aus der Vagina unfehlbar eintreten würde. Bei Flüssigkeitsanwendung wird eine Menstrualbinde appliziert, und die ganze Prozedur ist in wenigen Minuten beendet. Die Patientin wird mit vollständig geordneter Kleidung entlassen.

Die Vorteile, die ich erreicht, sind z. B. bei einer Tamponade des blutenden Uterus bedeutend. Es ist bei derselben eine Luftembolie ganz unmöglich, weil der Fundus uteri nach unten hängt, Luft also nicht hinuntersteigen kann. Ebenso kann, da ich mit meinen Fingern die Vagina nicht berühre, von einer septischen Übertragung meinerseits nicht die Rede sein.

In der Privatpraxis ausserhalb des Hauses, wo ich meinen Schlauch nicht mitführen kann, habe ich mir natürlich anders geholfen, um das Prinzip der Knieellenbogenbrustlage — auf 3 Stühlen oder gepolstertem Tisch — beizubehalten.

Ein in die Vagina eingeführter Löffel oder Rinne ist mit spitzem Winkel an einem vierkantigen Stab befestigt, Fig. 3 und Fig. 2; an dieser Stange, Stab, ist ein in verschiedener Höhe feststellbarer Schieber. Mit diesem Schieber ist scharnierartig verbunden ein hufeisenförmig gebogener, platter gekrümmter Doppelstiel (Fig. 3), dessen Konvexität auf das Kreuzbein zu liegen kommt; die rechte Hand (meistens) des Ehemannes (oder sonstiger Person) hebelt nun, nach meiner Angabe, durch Druck in der Richtung des Pfeils die Steissbeinpartie in die Höhe. Nachdem nun die vordere Uteruslippe angehakt und angezogen ist (am besten mit Kugelzange), ist es ausserordentlich leicht zu tamponieren, während die linke Hand der zweiten Person die Gazebüchse hält. Nebenbei ist sie auf diese Weise gewissermassen aseptisch gemacht, weil deren beide Hände gebunden sind. Dass ich vorher die ganze in Betracht kommende weibliche Partie gründlich mit Seife behandelt, und abermals aufgetragenen Seifenschaum nicht wieder abwische ist m. E. auch ein gutes Mittel die Asepsis zu wahren. Nach dieser Prozedur berühre ich mit meinen Händen, die übrigens auch dick mit Seifenschaum bedeckt sind, die Patientin nicht mehr. —

— Die tiefe Lage des Kopfes der Patientin verhütet nebenbei, z. B. bei schweren Blutungen, störende Ohnmachtsanfälle.

— Schmerzäusserungen habe ich bei diesem schonenden Verfahren nie vernommen, so dass es gar keiner Narkose bedarf.

— Der Druck der Assistentenhand auf das Kreuz sichert die Lage, indem zwischen den Knien der Patientin ein Becken einge-

schoben ist zur Aufnahme von Blutgerinseln und sonstigem. Die Schamhaare verhüten, wie schon oben erwähnt ein Herunterlaufen von Flüssigkeit am Bauch, indem sie solche abtröpfeln lassen ins Becken hinein.

Repositionen des eingeklemmten retrovertierten schwangern Uterus habe ich in dieser Lage mehrere Male mit äusserster Leichtigkeit vollführt; — die eigene Schwere des Uterus in Verbindung mit dem Luftdruck in der geöffneten Scheide haben dabei das meiste getan.

Polypenentfernung aus dem Orifizium, Kollumamputationen (col tapiroid, eine Schleimhautmanchette wurde tabakbeutelartig zusammengezogen zur Bedeckung des offenen Kollumgewebes) konnten ungehindert bewerkstelligt werden ohne kundige Assistenz. Der praktische Arzt, welcher darauf angewiesen ist, ohne kundige Assistenz zu arbeiten, also z. B. auf dem Lande, dürfte in diesem meinem Verfahren eine äusserst praktische Bereicherung für seine Tätigkeit finden, praktisch deshalb auch, weil die Unkosten so minimal sind, und nicht wieder erneuert zu werden brauchen.

Was nun das angeblich Unästhetische meines Verfahrens betrifft, so könnte es doch wohl nicht so genannt werden deshalb, weil es in Kliniken nicht gebräuchlich ist; mir ist im Gegenteil die Lage auf dem Rücken mit hoch angezogenen und gespreizten Oberschenkeln viel unästhetischer vorgekommen, was mir auch von vielen vorurteilsfreien Patientinnen bestätigt wird. Indessen sind alle derartige Fragen dort, wo die eiserne Not gebietet, Kindereien, und nicht des Debattierens wert!



Die Mutterkornpräparate.

Ein Sammelreferat von Dr. K a l m u s in Allenstein.

Die blutstillende Wirkung des Mutterkornes steht ausser Zweifel. Erfahrung und auch Tierversuche haben erwiesen, dass es die glatten Muskelfasern zur Kontraktion reizt, die Blutgefässe also verengert. Diese Einwirkung zeigt sich besonders deutlich an der Gebärmutter, da nicht nur die Wandung ihrer Blutgefässe, sondern auch sie selbst aus glatten Muskelfasern besteht, die Verengerung der Gefasslumina also von einer ausserordentlich grossen Muskelmasse ausgeführt wird. Und da die Blutungen aus der Gebärmutter bekanntlich nicht selten und vielfach recht gefährlich sind, ist das Mutterkorn dem Geburtshelfer und dem Gynäkologen unentbehrlich.

Leider ist dieses wertvolle Mittel kein ganz vollkommenes. Ein grosser Mangel ist schon seine geringe Haltbarkeit. Es behält seine vollkommene Wirksamkeit kaum bis zur nächsten Ernte und verliert sie später fast ganz. Schuld an dieser Zersetzung ist hauptsächlich sein grosser Fettgehalt. Das fette Öl wird ranzig, und die sich bildenden freien Fettsäuren zersetzen dann auch den andern Inhalt.

Diesem Übel hat man zwar abzuhelpen gesucht, indem man das Öl durch Äther entfernte. Der Erfolg befriedigte aber nicht ganz. Unter dieser Behandlung erlitt die Wirksamkeit eine merkliche Einbusse und die Zersetzung wurde trotzdem nicht völlig verhindert. — Eine zweite Unvollkommenheit des Mutterkornes ist die Ungleichmässigkeit seiner Wirkung. Auch das frische Korn besitzt nicht immer und überall den gleichen Gehalt an wirksamer Substanz. Das Wetter, das Klima, die Bodenbeschaffenheit u. a. scheint von Einfluss zu sein. Überdies enthält das Mutterkorn ausser den heilsamen Bestandteilen noch andere, die etwas giftig sind. Schon Gaben von 1 g erregen oft Erbrechen, Durchfall, Kopfschmerz, profusen Speichelfluss, starke Mattigkeit des Körpers. Schliesslich verlangt man von einem blutstillenden Mittel auch noch, dass die Wirkung recht schnell eintritt. Zeigt sich dieselbe erst nach einer Stunde, so ist's oft schon zu spät. Da nun injizierte Flüssigkeiten schneller und auch vollkommener absorbiert werden, als per os genommene Substanzen, so wäre es erwünscht, das Sekale in einer injizierbaren Form zu besitzen. Injektionen haben ausserdem noch den Vorteil, dass ihre Wirkung nicht durch Erbrechen und andere Hindernisse unmöglich gemacht werden kann. So ist es zu verstehen, wenn eifrig daran gearbeitet wird, aus dem rohen Mutterkorn ein Präparat herzustellen, das besser ist als dieses.

Auf der Suche nach einem besseren und vollkommenen Präparat ist nun schon eine recht grosse Anzahl entstanden und jedes wird als vorzüglich gepriesen. Ergotin ist der älteste Namen für diese Extrakte, und nach ihrem Hersteller benannt, heissen sie Ergotinum Denzel, Fromme, Bombelon, Golaz, Vossinkel etc.

Ihre Kraft soll bei allen etwa zweimal so stark sein als die des frischen Mutterkornes. Nur Fromme's Fabrikat ist konzentrierter und soll das Fünffache der Droge enthalten. Die Gaben betragen demnach 0,3—0,5 resp. 0,1—0,2 g oder 15—20 resp. 6—8 Tropfen 3—6 mal am Tage. Zur Injektion wird eine volle Spritze resp. 0,4 g von Fromme's Präparat genommen. Als Geschmackskorrigens ist Sirup oder Aqua Cinnamom. für alle empfohlen, so weit sie nicht in Gestalt von Pillen oder Dragées u. dergl. gegeben werden. Das Rezept lautet dann: Ergotin. N. N. 2,5 g, Aq. Cinnamom ad 200 oder Syrup. Cinnamom. 40 Aq. dest. ad 200. D. S.: 1 Esslöffel 3—5 mal täglich.

Denzel kann als Empfehlung ein Zeugnis Fritsches aufweisen, der erklärt, dass sein Mittel vom Magen aus besser wirke als alle andern und ebenso gut wie nach subkutaner Injektion. Es hat diesen vorzügliche Dienste geleistet bei den starken menstruellen Blutungen, wie sie so häufig nach nicht normal verlaufenem Wochenbett und in der klimakterischen Zeit, ausserdem noch bei Chlorose und in sehr jungem Lebensalter auftreten.

Risch empfiehlt es ebenfalls als wirksam und bekömmlich, ebenso Bankiser. Seine Haltbarkeit wird als unveränderlich angegeben für die Dauer von mindestens einem Jahre. Von Fromme's Ergotin oder Extractum liquidum secal. cornut. be-

hauptet G o l d m a n n , kein anderes käme ihm gleich in der Kraft der wehenerregenden und wehenverstärkenden Wirkung, und als Hämostatikum stehe es unzweifelhaft in erster Reihe. Schon sieben Tropfen genügten ihm meist, um kräftige Nachwehen anzuregen und schwere Blutungen zu stillen. Die Plazenta soll nach diesen Tropfen auch bald und ohne starke Blutung ausgetreten sein. Liessen in der zweiten Geburtsperiode die Wehen nach, so brauchte er nur F r o m m e 's Ergotin zu verabreichen und sie wurden sofort kräftig und ausgiebig. Mit gleich gutem Erfolge behandelte er Metrorrhagien, mochten sie durch Retroflexio, Erosio, Endo-, Para- und Perimetritis verursacht sein oder auch keinen erkennbaren Grund haben. Bei letzteren liess er einige Monate hindurch 2 bis 3 Tage vor dem erwarteten Eintritt und 1 bis 2 Tage während der Menstruation die Medizin trinken. Auch Blutungen anderer Art, wie Hämoptoe, Epistaxis, Darmblutung und Hämaturie wurden durch verhältnismässig kleine Gaben gestillt. Kurz, wie und wo sie sei, ist dem Mittel einerlei, es besiegt jede Blutung. James S i l b e r - s t e i n schliesst sich diesem günstigen Urteil an und erklärt, dass F r o m m e 's Ergotin das wirksamste und dabei ungiftigste und haltbarste Mutterkornextrakt sei. Wegen seiner Ungiftigkeit empfiehlt er es besonders für länger dauernde Verordnung. Die Wirksamkeit soll mehrere Jahre dauern.

Nicht geringeres Lob spendet F u c h s dem Ergotium B o m - b e l o n . Es ist ihm in Geburtshilfe und Gynäkologie ein prompt wirkendes Hämostatikum gewesen, hat sich auch bei Nasen-, Lungen-, Magen-Darmblutungen bewährt und sogar Zirkulationsstörungen des Gehirns günstig beeinflusst, namentlich Schwindelanfälle bei Kongestionen, Arteriosklerose, Lues, Epilepsie.

G o l a z , der seine Pflanzenextrakte Dialysate nennt, hat unter andern auch ein Dialysatum secalis cornuti hergestellt. Dieses ist von N i e b e r g a l l in einer grossen Anzahl von Fällen versucht worden und hat sich nicht minder gut bewährt wie die vorgenannten Präparate. Als besonderen Vorzug hebt er hervor, dass es dünner, flüssiger ist als die anderen Extrakte, also appetitlicher aussieht und sich besser zu Injektionen eignet. Ob es deshalb schneller resorbiert wird, ist jedenfalls fraglich. Der Alkoholgehalt, dem er die Verhinderung von Abszessen zuschreibt, wird auch die Einspritzung schwerlich ganz schmerzlos machen. N. hat aber nie Abszesse und ebensowenig Symptome von Vergiftung erlebt trotz wochenlanger Anwendung.

Auch K n a p p ist sehr zufrieden mit diesem Dialysat. Bei mehr als tausend Entbindungen hat er es angewandt und bei keiner war er gezwungen, die früher recht häufig ausgeführte Uterustampnade anzuwenden. Er gibt es jeder Gebärenden im Beginn der Austreibungsperiode und wiederholt die Gabe, sobald die Presswehen nachlassen oder nach der Geburt eine stärkere Blutung sich einstellt, in letzterem Falle subkutan.

Prophylaktisch wird es vor oder nach jeder operativen Entbindung und bei Fieber mehrere Tage hintereinander wenigstens dreimal täglich gereicht. Die Haltbarkeit dieses Präparates ist frei-

lich nicht sehr gross. Schon im ersten Jahre sollen 10—15 Prozent seines wirksamen Prinzips schwinden, so dass es alle 3 Monate frisch bereitet zur Ausgabe gelangt.

V o s w i n k e l nennt sein Fabrikat Ergotinol und bringt ausser der Flüssigkeit auch Dragées mit einem Gehalt von 0,25 Ergotinol in den Handel. Es soll länger haltbar sein als die Konkurrenten. A b e l hat gefunden, dass es nach einem Jahre noch dieselbe Wirkung zeigte wie am ersten Tage. Er hat es hauptsächlich bei Uterusmyomen benutzt und zwar keine Verkleinerung der Tumoren erzielt, aber die Blutungen wiederholt durch tägliche Einspritzungen völlig gestillt. G o l i n e r hat bei starken Blutungen nach Aborten und Geburten, bei starken Meno- und Metrorrhagien und bei Lungenblutungen gute Erfolge mit diesem Mittel erzielt. S c h w e i t z e r nennt es sogar ein grossartiges Styptikum. Hierzu bewegen ihn seine Erfolge bei Blutungen post partum und post abortum, bei Metrorrhagien, die nicht durch greifbare Ursachen wie Polypen und submuköse Myome bedingt werden, und bei Lungenblutungen. Diesem Lob schliesst sich S i l b e r s t e i n an, der es auf Grund seiner Erfahrungen den praktischen Ärzten zur ausgedehnten, wenn nicht ausschliesslichen Anwendung empfiehlt. Ihm hat es nicht nur Blutungen aller Art aufs schnellste gestillt, sondern er hält auch einige vasomotorische Erkrankungen, Basedow und gewisse Formen von Hemikranie für günstige Objekte der Ergotinolbehandlung und hofft sogar, damit Aneurysmen zu bessern, da es die Fähigkeit besitzen soll, neben der Kontraktion der Gefässwandung noch eine erhöhte Gerinnbarkeit des Blutes zu bewirken. Ob übrigens dieser Autor identisch ist mit demjenigen, der zu gleicher Zeit an anderer Stelle F r o m m e 's Ergotin als das wirksamste preist? Sonderbar ist jedenfalls, dass Name sowohl wie Wohnort übereinstimmt.

Zum Schluss ist noch ein amerikanisches Präparat zu erwähnen, das in zugeschmolzenen Glasampullen geliefert wird und Ergot aseptic heisst. Jede Ampulle enthält 1 g, also den Inhalt einer Spritze. Diese schützende Hülle erhöht natürlich die Haltbarkeit, macht sie vielleicht sogar unbegrenzt. Nach den beigefügten Angaben amerikanischer Ärzte besitzt dieses Mittel dieselbe blutstillende Wirksamkeit wie unsere Ergotine und wird besonders schnell resorbiert, wenn die Injektion ins Muskelgewebe vollführt wird. Die überseeischen Kollegen gehen aber noch weiter in der Anwendung. Die blutgefässkontrahierende und somit blutdrucksteigernde Eigenschaft des Mutterkornes hat O s b o r n e dazu geführt, das Ergot auch bei Herzschwäche mit schlechtem Puls und schlaffen Arterien und weiter bei zerebralen Erregungszuständen und Schlaflosigkeit zu verordnen. Und L i v i n g s t o n e hat die Reihe der behandelten Leiden noch vergrössert. Er bekämpft nicht nur Angina pectoris, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit mit Ergotinjektionen, sondern auch Neurasthenie, Hysteroepilepsie, Delirium tremens und sogar akute Entzündungen wie Meningitis, Pneumonie, Erysipel, Tonsillitis, Appendizitis usw. und führt die rasche Besserung, die er in allen diesen Fällen beobachten konnte, auf die Wiederherstellung der normalen Blutzirkulationsverhältnisse zurück.

Wir sehen also, dass jedes Ergotin Ärzte gefunden hat, die es in den Himmel heben. Mehrfach wird sogar von Erfolgen erzählt, wo sie nicht einmal denkbar sind. Nach den amerikanischen Angaben heilt es ja fast alle Krankheiten.

Meine Erfahrungen sind leider nicht so gute. Nur bei Wehenschwäche und Ausbleiben der Nachwehen habe ich eine merkliche Einwirkung durch Verabreichung von Mutterkorn erzielt, und ich erwarte auch nur eine blutstillende Wirkung bei dieser Atonie des Uterus. Zurückgehaltene Plazentaresten werden sicher nicht durch Sekale gelöst, Zervixrisse nicht geschlossen, Polypen nicht entfernt, Endometritis und andere zu Meno- und Metrorrhagien führende Genitalleiden nicht geheilt. Hier kann nur die kausale Therapie nützen.

Welches von den aufgezählten Mitteln den Vorzug verdient, dieses zu entscheiden, ist mir trotz des recht häufigen Gebrauches nicht gelungen. Ich führe in meiner geburtshilflichen Tasche stets ein Extrakt mit mir, um es im Notfalle als subkutane Injektion anwenden zu können. In nicht eiligen Fällen reiche ich aber lieber ein Mutterkornpulver. Von diesem weiss ich doch, ob es frisch ist oder nicht. Bei den Extrakten ist nicht einmal gewiss, wieviel sie von der Substanz des Kornes enthalten. Sie sind gewissermassen Geheimmittel, bei denen wir uns auf die Angabe des Fabrikanten verlassen müssen, der die wirksame Kraft auf das Doppelte bis Fünffache der Droge angibt. Der Erklärung, dass diese Ergotine frei sind von den giftigen Substanzen des Mutterkornes, kann ich auch nicht recht glauben. Es erscheint mir unmöglich, das Übergehen nicht gewünschter Bestandteile in die Extrakte ganz zu vermeiden. Und das Ziel der unbegrenzten Haltbarkeit haben alle Fabrikate bisher nicht erreicht. Einige sind sogar vergänglicher als die Originalsubstanz. Dass aber öfteres Eintauschen eine recht unbequeme Sache ist, wird jeder zugeben. Die Lieferung in zugschmolzenen Tuben ist jedenfalls das sicherste Konservierungsmittel.

Der Preis wird indes dadurch erheblich gesteigert und der Vorteil wieder aufgewogen.

Ein ideales Mittel, das allen Anforderungen entspricht, das ungiftig und von guter und gleichmässiger Wirksamkeit ist, kann wohl erst erreicht werden, wenn wir den auf die glatten Muskelfasern wirkenden Inhalt isolieren und in Form eines Salzes darstellen können. Man hat ja bereits eine ganze Reihe von Substanzen isoliert. Ergotinsäure, Sklerotinsäure, Sphazelinsäure, Ergotin, Ergotoxin, Cornutin, Scleromucin sind ihre Namen. Einige haben nur giftige, einige aber auch die gewünschte Wirkung gezeigt. Zu letzteren gehört hauptsächlich Robert's Cornutin und Dale's Ergotoxin. Die Quantität dieser gewonnenen Alkaloide ist aber eine so geringe und die Wirkung eine so schwache, dass in ihnen sicher nicht die ganze wirksame Kraft des Mutterkornes enthalten ist. Wir müssen daher noch weitere Resultate der Chemie abwarten. Hoffentlich gelingt es bald, ein brauchbares Präparat herzustellen. Bis

dahin müssen wir uns begnügen mit dem Mutterkornpulver und seinen Extrakten.

L i t e r a t u r :

- A b e l : Berliner klinische Wochenschrift 1897, 22. Februar.
 B e n n e c k e : Archiv für Gynäkologie, Bd. 83, H. 3.
 F r i t s c h : Therapeutische Monatshefte 1891, Januar.
 F u c h s : Reichs-Medizinal-Anzeiger 1907, No. 23.
 G o l d m a n n : Der Frauenarzt 1901, No. 12.
 G o l i n e r : Medico 1905, No. 40.
 R i s c h : Pester mediz.-chirurg. Presse 1892, No. 16.
 K n a p p : Der Frauenarzt 1903, No. 6.
 L i v i n g s t o n : Journal of the american medical association 1903, 21. März.
 N i e b e r g a l e : Centralblatt für Gynäkologie 1906, No. 19.
 O s b o r n e : New York medical journal 1906, 17. Febr.
 J. S i l b e r s t e i n : Dr. James Silberstein's therapeutische Referate, Maiheft 1906.
 S i l b e r s t e i n : Reichs-Medizinalanzeiger 1903, No. 15.



Über Callaqual.

Von med. univ. Dr. R i c h a r d F u c h s ,
 Distrikts-Bahn-Kassenarzt in Bleistadt (Böhmen).

In der Behandlung aller entzündlichen Prozesse spielte bis vor kurzer Zeit die Kälte in der Form von kalten Umschlägen, Eisbeutel, Kühlapparaten die Hauptrolle, wie wohl schon durch zahlreiche Arbeiten aus der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts dargetan wurde, dass der Ablauf entzündlicher Prozesse durch Anämie, die die Kälte ja hervorruft, ungünstiger beeinflusst wird, als durch Hyperämie, welche die Wärme erzeugt. Schon S a m u e l und D a n i l e w s k y zeigten in ihren Versuchen, dass entzündliche Prozesse an hyperämischen Körperteilen leichter zustande kommen, aber dafür unter allerdings heftigeren Reaktionerscheinungen rascher heilen. An künstlich (durch Kälte) anämisierten Körperteilen ruft die Entzündung auch leicht Nekrose hervor, da in anämischen Teilen eine Gerinnung des Blutes im ganzen Gefässnetz stattfindet. Doch wurden diese Erfahrungen, die aus einer Zeit stammten, wo man noch nicht wusste, dass Entzündungsprozesse durch pathogene Bakterien entstehen, damals wenig beachtet, und auch in der jüngsten Zeit der bakteriologischen Forschung sah man noch in der Kälteinwirkung bei entzündlichen Prozessen ein mächtiges therapeutisches Agens, da man experimentell fand, dass bei niedriger Temperatur die Vermehrung und der Stoffwechsel der pathogenen Bakterien gehemmt wurde. Als in den letzten Jahren durch die Versuche einiger Forscher (R e i c h e l , K l a p p , R o s s a , S a s e t z k y u. a.) erwiesen wurde, dass eine lokale Infektion stärker auftritt, wenn die Resorptionsverhältnisse ungünstiger sind und dass die Resorption durch lokale Wärmeapplikation beschleunigt, durch Kälte verlangsamt wird, trat endlich durch die grossen Erfolge des genialen Chirurgen B i e r die durch Wärme oder durch den Alkoholverband künstlich

erzeugte aktive Hyperämiebehandlung entzündlicher Prozesse in ihr Recht und es dürfte aus dem Gebiete der Chirurgie kaum einen entzündlichen Prozess geben, der in den letzten Jahren mit Wärmeapplikation nicht behandelt wurde. In vielen Fällen gelang es nicht nur, Wunden jeder Art rasch zur Heilung zu bringen, sondern auch starre Infiltrate und Exsudate durch die Wärmeapplikation günstig zu beeinflussen und zur Resorption zu bringen, die bei der früheren Behandlung mit Kälte zumeist vereiterten. —

Auch die so günstige Wirkung der schon lange in Verwendung stehenden hydrotherapeutischen Umschläge lässt sich so erklären, dass durch dieselben eine Hyperämie in den erkrankten Partien erzeugt und durch letztere vermehrte Blutzufuhr und günstigere Resorptionsverhältnisse geschaffen werden. In recht genialer Weise hat das Laboratorium für chemisch-pharmazeutische Präparate Friedrich Braun in Nürnberg 13 dieser Art von Umschlägen durch die Erzeugung eines flüssigen Präparates namens Callaquot eine erhöhte Wirksamkeit gegeben, da das Präparat infolge seiner glücklichen chemischen Zusammensetzung direkt an den betreffenden Körperteilen, an denen es appliziert wird, eine Hyperämie erzeugt.

Das Callaquot ist eine Emulsion und stellt, gut durchgeschüttelt, eine milchig trübe, angenehm aromatisch riechende Flüssigkeit dar, die aus einem Ester der Oxytrikarballylsäure, dem eigentlich wirksamen Agens, ferner aus einer eigenartig hergestellten albuminhaltigen Seifen-Solution und aus Oleum thymi besteht. Der Oxytrikarballylsäureester ist der eigentliche wirksame Bestandteil, der die Hyperämie des betreffenden Körperteiles hervorruft, doch ist auch der flüssigen Seife ein gewisser Hautreiz zuzuschreiben und ist noch zu berücksichtigen, dass die Seifenlösung die Resorption des Oxytrikarballylsäureesters in der Tiefe ermöglicht. Bekanntlich wirkt ja die Seife chemisch und mechanisch durch den Gehalt ihrer alkalischen Base erweichend und lösend auf die äusseren Epidermislagen der Haut ein und lässt ihr beigemengte arzneiliche Substanzen tiefer eindringen und wirken. —

Das Thymianöl wirkt nur desodorisierend und verdeckt den üblen Geruch, der sich aus der Einwirkung des Callaquots auf die Haut und deren Ausscheidungsprodukte entwickeln würde. —

Da die chemische Zusammensetzung des Präparates schon vom theoretischen Standpunkte eine gute Wirkung bei Entzündungen erwarten liess und auch die Versuche am Krankenbette, die Dr. Müller-Kötzschenbroda, Dr. Mader, Spitalsarzt in Radolfzell, Dr. Lassahn in Schwarztort, Sanitätsrat Dr. Bilfinger in Eisenach, Sanitätsrat Dr. Pitschke in Hettstedt, Dr. Müller in Berlin, Dr. Weil in Strassburg bei entzündlichen Prozessen, als Typhlitis, Perityphlitis, Peritonitis, Parametritis, Pleuritis, Periostitis, Nieren- und Gallensteinkoliken anstellten, befriedigende Resultate ergaben, hat auch der Schreiber dieser Zeilen das Präparat, das in liberaler Weise ihm von der chemischen Fabrik zur Verfügung gestellt wurde, gerne bei den mannigfachsten Entzündungsformen versucht und konnte auch er meist in allen Fällen mit dem Präparate eine eklatante gute Wirkung erzielen. —

Die Technik der Callaquolumschläge ist eine einfache. Von dem gut geschüttelten Callaquol nimmt man für einen Umschlag zum Beispiel $\frac{1}{8}$ Liter und giesst $\frac{1}{2}$ Liter kaltes Wasser hinzu und mischt beide Flüssigkeiten. Mit dieser Flüssigkeit wird ein einfach zusammengelegtes Leinentuch vollständig getränkt und nur so weit ausgedrückt, dass die Flüssigkeit nicht abrinnt. Über das getränkte Leinentuch legt man ein reines, weisses Flanelltuch. Jeder Umschlag muss $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ Stunde liegen bleiben, länger aber nach Dr. Lauser nicht, weil dann seine Wirkung zu Ende ist durch Ausnützung der in demselben enthaltenen chemischen Eigenschaften. Bevor das Leinentuch wieder verwendet wird, und von neuem mit Callaquolflüssigkeit getränkt wird, muss dasselbe in kaltem Wasser tüchtig ausgewaschen werden, um die Ausscheidungsprodukte und die abgenützten chemischen Bestandteile zu entfernen. Wie oft die Umschläge zu erneuern sind, lässt sich im vorhinein nicht bestimmen, es muss wie bei jeder Medikation in den einzelnen Fällen individualisiert werden. — Häufig genügen 3—4 Umschläge, da oft schon nach dem ersten und zweiten Umschlag die wohltuende, schmerzstillende Wirkung auftritt, wiewohl manche Patienten im Beginn des Callaquolumschlages durch 10—20 Minuten ein Kältegefühl empfinden. —

Ich habe das Callaquol bei vielen Entzündungsformen angewandt, so bei Perityphlitis, Typhlitis, Peritonitis, Parametritis, ferner bei einigen entzündlichen Infiltraten, auch bei Pleuritis, Erysipel, Mumps, Drüsenschwellungen nach Scarlatina, ferner bei 2 Fällen gonorrhöischer Gelenkentzündungen, bei phlegmonösen Prozessen und bei Phlebitis und war mit dem Präparat sehr zufrieden. Zu erwähnen wäre noch, dass ich das Callaquol in einer nicht geringen Zahl von Fällen erst dann in Anwendung zog, als die anderen hierfür anzuwendenden Mittel im Stiche liessen. —

Aus der reichen Kasuistik will ich nur folgende Fälle eingehender schildern. — P., Grundbesitzer in P., stets gesund, erkrankte angeblich nach Genuss von Wurst und Bier an Schmerzen im ganzen Leib, den nächsten Tag war er appetitlos, hatte Übelkeit, viel Durst, den nächstfolgenden Tag Frieren. Die Schmerzen lokalisieren sich auf der rechten Seite, sind ungemein heftig bei jeder Bewegung; Patient ist obstipiert und fühlt sich sehr matt. Die Untersuchung ergab am 4. Tage der Erkrankung, wo ich gerufen wurde, folgenden Befund. Patient sieht sehr leidend aus, Zunge trocken, dick weiss belegt. Abdomen leicht aufgetrieben, in der Ileochoekalgegend deutlich stärker, daselbst handtellergrösse Dämpfung, die seitlich bis zum Hüftbeinkamm reicht und oben mit der Nabelhorizontalen abschliesst. Die Dämpfung ist im Zentrum absolut. Tumor weich, elastisch, lebhaft druckempfindlich, keine Fluktuation nachweisbar, Bauchwand rechts gespannt, links keine Spannung, Puls 109, dikrot, kräftig. — Ich verordnete dem Patienten zweistündlich Tinkt. opii simpl. 10 Tropfen, Eisblase, kühle Milch. Nachdem in 2 Tagen keine Besserung eintrat, verordnete ich Callaquolumschläge, die $1\frac{1}{2}$ stündlich gewechselt wurden. Schon nach dem 3. Umschlage liess die Schmerzhaftigkeit nach; Patient hatte bei dieser Behandlung schon am nächsten Tage

einen Temperaturabfall (38,3 Cels.) und einen Puls von 90. Auch die Auftreibung des Leibes nimmt ab und in den nächsten 2 folgenden Tagen verliert der Tumor seine Druckempfindlichkeit, spontan trat reichlicher fester Stuhl ein, Puls und Temperatur normal, Appetit gut, Zunge reinigt sich.

H., Geschäftsfrau, 33 J., in P., erkrankte unter Schmerzen im Halse und unter Schmerzen in der rechten Leibseite, die 2 Tage anhielten und die Frau bettlägerig machten. Da am 3. Tage die Schmerzen durch ein Abführmittel (Mutterblätter) zunahmen, Erbrechen eintrat, wurde ich gerufen und fand die Patientin sehr leidend, hochgradig fiebernd (40 ° C.), Puls 110, Abdomen nicht aufgetrieben, nach innen von der Spina oss. il. sup., dextr. leichte lokale Vorwölbung, Bauchreflexe rechts schwächer, als links, länglicher wurstförmiger Tumor längs des Poupartschen Bandes, der sehr druckempfindlich ist. Ich verordnete Eisblase und Opium. Da die Schmerzen und die Spannung des Leibes bei dieser Behandlung eher noch zunahmen, verordnete ich Callaquolumschläge. Schon beim 4. Umschlag, der 1½ stündlich gewechselt wurde, trat eine Linderung der Schmerzen ein, die beim 6. Umschlag ganz aufhörten. Um Stuhl herbeizuführen, verordnete ich der Patientin nach dem Rate des Dr. L a u s e r ein Weinglas Olivenöl, wodurch ein dünner, sehr übelriechender Stuhl entleert wurde. Schon am 3. Tage nach der Behandlung sank Temperatur und Puls zur Norm herab und nach weiteren 5 Tagen war Patientin genesen. —

P. A., Bahnarbeiter, 20 Jahre, bekommt nach Diätfehler nachts Leibschmerzen, Erbrechen, Schmerz, besonders in der Ileozökalgegend. Bei der am nächsten Morgen vorgenommenen Untersuchung fand man Dämpfung, Druckempfindlichkeit in der Ileozökalgegend, Puls 90, Temperatur 39 ° C. Patient erhielt Acid. mur. 1·5/180,0 Tinct. opii 4,0, Syrup. simpl. ad 200 stündlich 1 Esslöffel, ferner Eisblase. Da nach 4 Tagen die Spannung des Leibes, die Druckempfindlichkeit, sowie das Fieber nicht nachlässt, wurden Callaquolumschläge verordnet. Schon beim 4. Umschlage liessen die Schmerzen, die Druckempfindlichkeit nach und ergab die Palpation einen hühnereigrossen Tumor in der Ileozökalgegend, der nach weiterem Gebrauch von Callaquolumschlägen sich verlor. —

A. E., Spenglersgattin, 50 J. alt, früher stets gesund, erkrankte nach Wurst an Schmerzen in der rechten Bauchseite, Erbrechen, Appetitlosigkeit. Die noch am Tage der Erkrankung vorgenommene Untersuchung ergab Dämpfung und undeutliche druckempfindliche Resistenz nach aussen vom Burneys-Punkt. Puls 96, Temperatur 38·8 C. Patientin erhielt Eisblase, Opium in kleiner Dosis verordnet. Am folgenden Tage war die Dämpfung grösser, Erbrechen häufiger, Puls 110, aber kräftig, Allgemeinbefinden nicht schlecht. In den nächsten 2 Tagen blieb der Befund unverändert und ich verordnete nun Callaquolumschläge und gab Olivenöl (1 Weinglas) zur Beseitigung der Obstipation. Schon am nächsten Tage liessen die Druckempfindlichkeit und Schmerzen nach, auch die Dämpfung wurde kleiner, die Auftreibung des Leibes schwand nach ausgiebiger Stuhlentleerung und Patientin erholte sich in Bälde von der schweren

Erkrankung, bei der die Übergabe in ein Spital behufs operativen Eingriffes schon erwogen wurde. —

E. K., Volksschülerin, 12 Jahre alt, in B., erkrankte plötzlich an Halsschmerzen und Schmerzen in der rechten Seite des Leibes. Am nächsten Tage Zunahme der Schmerzen, Erbrechen, Obstipation. Die am 2. Tage nach der Erkrankung vorgenommene Untersuchung ergab eine heftige beiderseitige Tonsillitis lacunaris, stark belegte Zunge, foetor ex ore. Abdomen nicht aufgetrieben, keine deutliche Dämpfung, jedoch hochgradige Schmerz- resp. Druckempfindlichkeit auf der rechten Seite des Leibes, die ein genaueres Palpieren nicht erlaubt. Temperatur 40°C ., Puls 102, ziemlich kräftig. Ordination Eisblase und Pulv. Dover. 0,02 4stündl., 5% Kal. chloricum Gurgelwasser, kalte Umschläge um den Hals. Da im Verlaufe von 4 Tagen noch immer die Schmerzhaftigkeit in der Ileozökalgegend eine sehr lebhaft war und deutlich eine elastische eigrosse Resistenz sich zeigte, auch peritonitische Symptome (Erbrechen, Singultus) sich zeigten, versuchte ich in dem so schweren Falle, da man von einem operativen Eingriffe absolut nichts wissen wollte, Callaquolumschläge und erzielte auch da eine günstige Wirkung, indem schon beim 6. Umschlag Beseitigung der Druckempfindlichkeit, der Schmerzen, Nachlass des Fiebers eintrat. Die so wohltuende Wirkung des Callaquolumschlages am Leibe veranlasste die kleine Patientin, auch einen derartigen Umschlag um den Hals zu machen, um die so stark geschwellte Gegend der Tonsillen, die auch sehr druckempfindlich war, günstig zu beeinflussen. Auch da trat dieser günstige Effekt schon beim 3. Umschlag auf. Von da an versuchte ich mit ebenso glücklichem Erfolge diese Callaquolumschläge um den Hals noch in 3 Fällen von Tonsillitis phlegmonosa. — Bei der vorhin erwähnten kleinen Patientin ging die Heilung in 8 Tagen vor sich. —

P., Bergarbeiter, 21 Jahre alt, erkrankte abends plötzlich mit heftigen Schmerzen im Leib und Erbrechen. Stuhl ganz regelmässig. Bei jeder Bewegung die heftigsten Schmerzen, besonders auf der rechten Seite. Die Nacht hindurch wiederholtes Erbrechen. Die Untersuchung ergab Temperatur 39°C ., Puls 103, Leib stark gespannt, Patient zuckt bei der leisesten Berührung zusammen. Bei der Palpation bemerkt man in der rechten Fossa iliaca eine stark resistente handbreite Stelle, die mit scharfem Rand nach links und oben sich gut abgrenzen lässt, deutliche Schalldämpfung. Erbrechen häufig. Patient bekam Eisbeutel und Opium, flüssige Diät verordnet. Da die nächsten Tage das Fieber fortbesteht, werden Callaquolumschläge und Olivenöl verordnet. Schon nach dem 5. Umschlage lassen die Schmerzen nach und in einigen Tagen tritt volle Genesung ein. —

Auch in 3 Fällen von Parametritis post partum brachten die Callaquolumschläge baldigen Nachlass der Schmerzen und Resorption des Exsudates. —

J., Bahnarbeiter, erkrankte unter leichtem Fieber an Atemnot. Die Perkussion ergibt R. vorne hellen, leicht tympanitischen Schall. Vom oberen Rand der 3. Rippe ab intensive Dämpfung mit Resistenzgefühl, in die Leberdämpfung übergehend. Linke Herz-

grenze reicht bis zur Mamillarlinie, daselbst Spitzenstoss. Leberdämpfung überragt den Rippenbogen um 2 Querfinger. — Am Rücken Dämpfung vom 5. Dornfortsatz an, Stimmfremitus erloschen. Die Auskultation ergibt über der Dämpfung kaum hörbares hauchendes Atmen ohne Nebengeräusche. Es handelt sich also beim Patienten um eine exsudative rechtseitige Pleuritis mit Verdrängung des Herzens und der Leber. Probepunktion ergibt ein seröses Exsudat. Da Patient eine Punktion nicht zulassen wollte, versuchte ich Callaquolumschläge, die auch freilich erst nach längerer Anwendung (12 Umschläge) das Exsudat zur Resorption brachten. —

Auch bei einer linksseitigen exsudativen Pleuritis bei einer 35 jährigen Frau brachten die Callaquolumschläge das Exsudat zur Resorption. —

Hingegen konnte ich bei einer tuberkulösen Peritonitis bei einem 8 jährigen Knaben keine Besserung mit Callaquot erzielen, was bei der Natur des Leidens wohl selbstverständlich ist.

Bei der im Frühjahr vorigen Jahres hier herrschenden Epidemie von Parotitis wandte ich in 60 Fällen statt der üblichen Iodjodkalibehandlung Callaquolumschläge an und erzielte damit rasch Beseitigung der Schmerzen und Geschwulst. Da die Parotitis in einer nicht geringen Anzahl von Fällen mit Hoden- und Nebenhodenentzündungen kompliziert war, wandte ich das Präparat auch bei diesem Leiden an und erreichte mit dieser Behandlung schöne Resultate. — Bei dieser Gelegenheit wäre auch zu erwähnen, dass die Mutter eines derartigen Patienten die Umschläge auch bei einem kleineren Knaben, bei dem ich früher eine Hydrokele feststellte und später zur Punktion bestimmte, anwandte und dass tatsächlich die Hydrokelenflüssigkeit ohne Punktion bei dieser Behandlung verschwand. Die Callaquolumschläge wandte ich ferner in 2 Fällen von Mastitis an und gelang es mir, die Suppuration zu verhindern, ebenso konnte ich in 2 Fällen von Schlangenbiss durch Kreuzottern die bedeutende Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Extremitäten mittels Callaquolumschlägen in kurzer Zeit beseitigen. Die eine Patientin war beim Heumähen in den Fuss gebissen worden, die andere Patientin in die Hand. Bei beiden trat Schmerzhaftigkeit und bedeutende livide Schwellung der ganzen Extremität ein und wurden in diesem Falle die ganze Extremität mit Callaquolumschlägen eingepackt. Auch Bubonen in der Leistengegend bei einem jungen Beamten gingen durch die Umschläge mit Callaquot zurück.

Eine ebenso günstige Wirkung der Callaquolumschläge nahm ich bei der Behandlung von 3 schweren Phlegmonen (2 am Arme, eine am rechten Oberschenkel) wahr, auch da wurde die gefürchtete Suppuration hintangehalten und gingen die schweren phlegmonösen Prozesse in Bälde zurück. Bei der Behandlung gerade dieser drei Fälle trat die Tiefenwirkung des Callaquot deutlich zutage. —

Auch in 2 Fällen von schwerer Phlebitis der varikös erkrankten Vena saphena magna wandte ich das Callaquot in Form von Umschlägen an und hatte bald die Freude, die harten Knoten und Stränge innerhalb weniger Tage zurückgehen zu sehen. — Auch eine Tendovaginitis besserte sich rasch mit Callaquolumschlägen,

ebenso eine schon mit verschiedenen Mitteln vergebens behandelte gonorrhöische Kniegelenkentzündung. Bei der jetzt seit 2 Monaten hier grassierenden Scharlachepidemie hatte ich Gelegenheit das Callaquil bei Lymphdrüenschwellungen am Halse sowie auch in mehreren Fällen von Entzündung des Processus mastoideus nach Otitis media in Anwendung zu bringen und hatte damit den Erfolg, Inzisionen zu vermeiden, da die Schwellungen zurückgingen. Auch bei einer sehr schmerzhaften Periostitis tibiae infolge Trauma ging die Entzündung und Schwellung dank der guten Wirkung des Callaquols zurück und auch bei einem Erysipel der unteren Extremität bewährten sich die Umschläge mit Callaquil. —

Aus der so reichen Kasuistik ersehen wir, das die Kataplasmen mit Callaquil bei den verschiedenartigsten Entzündungen sofort eine aktive Hyperämie in grosser Tiefe erregen. Die Kataplasmierung mit diesem so vorzüglich wirkenden Präparate regelt und ordnet die Zufuhr, Verteilung und Abfuhr bakterizider Stoffe im Sinne Biers, sowie venöser Stauung, erhöhter Alkaleszenz im Sinne Hamburgers. Sie umgibt das erkrankte Gebiet mit einem undurchdringlichen Wall phagozyter Lymphströme, schliesst es nach aussen ab und regt zugleich die physiologische Tätigkeit der Resorption an. Der billige Preis des Präparates, das von den Kollegen ob seiner Wirksamkeit häufig am Krankenbette versucht werden sollte, gestattet auch seine Anwendung in der Armenpraxis. —



Referate über Frauenheilkunde.

The role of gonococcus in disease. Von Dr. R. W. Taylor.
The amer. journ. of obstetr. January 1908.

Taylor weist auf die verschiedenen Lokalisationen der Gonokokkeninfektion hin, auf die Möglichkeit der lokalen Erkrankungen, wie auch der Allgemeininfektion. Neben Affektionen der Harnröhre und der Geschlechtsorgane finden sich solche der Gelenke, des Herzens, des Peritoneum und der Pleura, des Mundes, der Nase und des Rektum: selbst eine allgemeine Septikämie kann entstehen. Therapeutisch empfiehlt er das Antigonokokkenserum; die Erfahrungen mit demselben sind zwar noch gering, immerhin hat es den Anschein, als ob gute Resultate damit zu erzielen seien. Für die lokalen Erkrankungen empfiehlt sich die bisherige Behandlungsmethode mehr, dagegen ist für die komplizierenden Erkrankungen das Serum von Wert. Die letzteren teilt Taylor ein in solche, die durch direkte Ausbreitung entstehen und Prostata, Hoden, Nebenhoden, Tube und Blase befallen, und solche, die durch Eindringen der Mikroorganismen in den Blutkreislauf entstehen; hierzu gehören Arthritis, Iritis, Endokarditis, Pleuritis und Meningitis.

Burckhard - Würzburg.

Bildungsfehler der Vagina. Von Dr. Spirt, Spitalul, Nr. 2, 1908.

In dem einen der von S. beobachteten Fälle handelte es sich um eine 23 jährige, seit 4 Jahren verheiratete Frau, bei der der Vaginaleingang durch eine Membran verschlossen war, oberhalb welcher ein etwa 2 cm tiefes Infundibulum gefunden wurde. Die Menstruation fehlte vollständig, doch konnte durch die bimanuelle Rektaluntersuchung eine rudimentäre Gebärmutter gefühlt werden.

Der zweite Fall betraf eine 19 jährige, seit 10 Monaten verheiratete, sonst gut entwickelte Frau, bei welcher das Hymen nur eine sehr feine, kaum für eine dünne Sonde durchgängige Öffnung aufwies. Nichtsdestoweniger bestand seit 6 Monaten Schwangerschaft, und einige Wochen später trat die Frühgeburt von Zwillingen ein. Vorerst musste aber die Verschlussmembran der Scheide mit der Schere durchtrennt werden. E. T o f f - Braila.

Die Operation der Verschlíessung der Scheide. Von Dr. Chavanna z. J. de méd. de Bordeaux, 1. September 1907; bespr. Revue de thér. méd.-chir., Nr. 19, 1. Oktober 1907, pag. 631.

Der Verschluss der Scheide zur Behebung des Prolapsus utero-vaginalis war bis heute nie besonders beliebt, und doch ergibt diese Operation in beschränkten Fällen gute Resultate. Verf. hat diesen Eingriff 5 mal mit sehr günstigen entfernten Ergebnissen ausgeführt. Abgesehen von der Frage der Technik ist der wichtigste Punkt die Indikation. Die Operation muss für relativ alte Frauen reserviert bleiben, bei denen die aktive Periode des Geschlechtslebens vorbei ist. Selbst im Falle einer Schwangerschaft liesse sich der künstlich herbeigeführte Verschluss leicht wieder öffnen, doch hiesse das den Prolaps aufs Neue herstellen.

Die wichtigsten Einwürfe, welche man gegen die Operation von Le Fort erheben kann, sind die, dass sie ungenügend ist, wenn man sie isoliert vornimmt, und dass sie unnötig erscheint, wenn man an sie eine Kolpo-perineorrhaphie anschliesst. Die Bildung eines subzervikalen Lappens unter der Scheide sichert den Organen nicht die Mittel eines genügenden Haltes. Gibt man dagegen der Scheide den tiefer gelegenen Stützpunkt, der ihr fehlt, so wird die Gebärmutter durch die Kolumna, welche die Vaginalhöhle teilt, sehr sicher zurückgehalten. Die Heilung des Vorfalls wird eine gesicherte, wenn man zu dem Verschluss der Scheide eine Wiederherstellung des Dammes hinzufügt. Dies bestätigen die Erfahrungen des Verfassers, welcher der Ansicht ist, dass der Verschluss der Scheide verdient als ein Element in einem mehr oder weniger komplizierten operativen Akt in Geltung zu bleiben. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ein Beitrag zur gynäkologischen Untersuchung durch die Scheide. Von Prof. Dr. A. v. Mars, Lemberg. Gynäk. Rundschau, 22. Heft 07.

Viele geringfügige Ursachen können die Eindrücke, die wir bei Frauenarzt XXII. Jahrg., 1908. Heft 6 (270).

der Tastuntersuchung haben, modifizieren, z. B. die Lagerung der Untersuchten, die Beschneidung der Fingernägel, so dass es unentbehrlich ist, die Untersuchung immer unter denselben äussern Umständen vorzunehmen.

Zu den am schwierigsten sicher zu diagnostizierenden Objekten gehören die Scheidenbrüche; Verfasser teilt drei interessante Krankengeschichten mit. I. Junge blühende Multipara klagt über eine Geschwulst der Scheide, die sehr weich, schmerzlos aus der linken untern Scheidenwand heraustritt und sich leicht reponieren lässt; Bruchpforte nicht zu fühlen. Eine streifenartige Verdickung im Parametrium ist fühlbar, auch vom Mastdarm aus. Nach mehrmaliger genauer Untersuchung wird die Diagnose Scheidenbruch gestellt. Tags darauf platzte die Geschwulst von selbst und entleerte eine rosafarbige Flüssigkeit. Die Wunde sollte erweitert werden, um die Darmschlinge zu reponieren. Dabei zeigte sich jedoch keinerlei Öffnung von der Wundhöhle aus, sondern glatte Wandungen. Die Höhle heilt bei Tamponade unter Granulationsbildung aus. Es handelte sich also um eine Scheidenkyste. II. Im zweiten Falle wurde ein Peritonealdivertikel als Scheidenkyste diagnostiziert, bei der Operation dann erkannt, unterbunden und geheilt. III. Der Kranken ist vom Arzte mitgeteilt worden, dass sie Geschwülste an der Gebärmutter habe. Im seitlich-hinteren Scheidengewölbe lässt sich eine Geschwulst von der Grösse einer Männerfaust palpieren. Sie ist teigig und mit der hintern Gebärmutterwand in innigem Zusammenhange. Diagnose: Adnexitis ambilateralis, verisimile Sactosalpinx sinistra. Retroflexio uteri. 10 wöchentliche Kur mit Bettruhe, Heissluftbädern etc. mit gutem Erfolge. Nach dreiviertel Jahren kommt die Kranke wieder mit denselben Symptomen, Tumor von der Konsistenz einer entleerten Kyste. Dieselbe Therapie. Da auf Wunsch der Kranken die Entfernung der Geschwulst durch Bauchschnitt beschlossen wird, wird zur Probepunktion geschritten. Vorher wird die Möglichkeit ins Auge gefasst, es könne eine Darmschlinge sein, und unter Anwendung zweier Spekula und eines besonderen langen Plessimeters wird perkutiert. Der Schall erschien ausgesprochen tympanatisch. Diagnose: Adhärente Darmschlinge; es wird nicht operiert.

Verfasser wird seine früheren Studien über die Perkussion der Vagina nach diesem Erfolge der Methode wieder aufnehmen. —

Bohn - Chemnitz.

Die tuberkulöse Ätiologie der Dysmenorrhöe und ihre Behandlung mit Spengler's Tuberkulinpräparaten. Von Dr.

Josef Hollós, Szeges. Gyn. Rundschau, Heft 23, 1907.

Verschiedene Fälle von Dysmenorrhöe, die aus andern Gründen mit Spengler's Tuberkulinkur behandelt wurden, heilten im Verlauf der Kur gänzlich aus. Die bisher beobachteten 10 Fälle veranlassen den Verfasser zu seiner vorläufigen interessanten Mitteilung. Die Tatsache, dass ein sehr bedeutender Bruchteil der Leichen, bei denen nicht Tuberkulose die Todesursache gewesen ist, bei der

Obduktion geheilte oder virulente tuberkulöse Herde aufweist, macht es wahrscheinlich, dass eine solche okkulte Tuberkulose neben anderen unklaren allgemeinen Symptomen toxischen Ursprunges in vielen Fällen auch Dysmenorrhöe hervorruft. (Logik!)

Das Vorhandensein von Dysmenorrhöe bei vielen ausgesprochenen tuberkulösen Frauen und die Beeinflussung durch Tuberkulin macht dies noch unwahrscheinlicher. (?)

In diesem Tempo gehen die phantastischen Sprünge des Herrn Verfassers weiter; und das nennt sich exakte Wissenschaft. —

Bohn - Chemnitz.

Über Eierstocksimplantation. Von Prof. Dr. Lucas - Championnière. Journ. de méd. et de chir. art. 21 470, 1907. Besproch. Revue de théér. méd.-chir., Nr. 22, 15. November 1907, pag. 788.

Da wir unlängst von der sonderbaren Beobachtung eines amerikanischen Arztes berichtet haben, die einen Fall von heteroplastischer Eierstockstransplantation mit 4 Jahre später eintretender Schwangerschaft betraf, so dürfen wir auch die Erklärungen, welche L. Ch. zu diesem Fall gibt, unseren Lesern nicht vorenthalten. Das Wiederauftreten der Regeln bei einer Frau, bei der sich die Menstruation verloren hatte, lässt in der Tat daran denken, dass der Erfolg der Einpflanzung der beiden Eierstöcke ein reeller ist. Aber dieser Fall steht einzig da. Berücksichtigen wir nun, dass eine Resorption der gewöhnliche Abschluss von Transplantationen dieser Art bei Tierexperimenten ist, so ist man mehr versucht, zu glauben, dass das Ovarium, selbst beim Gebrauch der Angiotribe anstatt der Ligatur bei der chirurgischen Exstirpation der Adnexe allein (ohne den Uterus) nicht völlig unterdrückt wird. Gerade bezüglich dieses Punktes liefert uns L. Ch. Unterlagen, die ganz und gar entscheidend lauten. Er erinnert daran, dass man die Suppression einer Eierstocksläsion von einer Rückkehr der Regeln gefolgt gesehen hat, bei Patientinnen, welche vorher nicht mehr menstruiert waren. Auch kann der Verf. versichern, dass sich unter gewissen Umständen das Ovarialgewebe bisweilen bis in das Uterushorn hinein verlängern und so seiner Entfernung entgehen kann. Jedes Verfahren, welches das Uterushorn intakt belässt, kann daher nicht als eine absolut radikale Methode bezeichnet werden. Indes will Verf. die Möglichkeit nicht leugnen, dass sich der berichtete Fall späterhin weiter bestätigt.

Denkt man jedoch an die grosse Zahl von doppelseitigen Eierstocksexstirpationen, die in letzter Zeit ausgeführt worden sind, und an die kleine Zahl von Frauen, welche danach ihre Regel behalten haben, so ist man in dem Falle, wo die Regeln persistiert haben oder wieder erschienen sind, mehr geneigt, die genannte Anomalie anzunehmen. Trotz des amerikanischen Berichtes erscheint dem Verf. die Zukunft der Ovarientransplantation zweifelhaft. Es ist freilich bedauerlich, dass man nichts Positiveres in Aussicht stellen kann. Die Ovarienimplantation würde ja in der Tat, wenn sie gelänge, zu der Hoffnung berechtigen, im Fall von Eierstockserkrankungen die innere

Sekretion und eventuell sogar die prokreative Tätigkeit wieder herstellen zu können. Der amerikanische Autor sieht diese Möglichkeiten, selbst nach der Menopause, verwirklicht, unbesorgt, wie es scheint, um den augenscheinlichen Ernst, welcher sich an einen solchen Akt knüpft, der zu den Naturgesetzen in Widerspruch steht. Aber diese Hoffnungen scheinen gerichtet durch die einfachen Tatsachen, welche oben angeführt wurden. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Subperitoneale Fibrome des Uterus mit Stieltorsion. Von Dr. Emile Foisy. Annales méd. chir. du centre, 3. November 1907. Besproch. Revue théér. méd.-chir. Nr. 22, 15. November 1907, pag. 787.

Die Stieldrehung bei subperitonealen Uterusfibromen ist ein seltenes Vorkommnis. Sie ist unvergleichlich seltener als diejenige bei Eierstockskysten. Verf. hatte unlängst Gelegenheit einen diesbezüglichen Fall zu operieren.

Die Symptome schwanken, je nach dem die Torsion plötzlich, allmählich oder absatzweise eintritt. Bei plötzlichem Eintritt wird ein lebhafter, in der Fossa iliaca oder am Schambein lokalisierter Schmerz hervorgerufen, der durch das ganze Abdomen hindurch ausstrahlt. Als bald tritt auch schleimiges, galliges und schliesslich grüngelbliches Erbrechen auf. Der Puls wird ohne Temperatursteigerung beschleunigt. Ständiger Harndrang mit Dysurie und Oligurie entwickelt sich. Der Leib ist aufgetrieben. Die Krise dauert einige Stunden bis zu mehreren Tagen und endigt oft mit massenhaftem Harnabgang. Akute Peritonitis ist seltener.

Die Torsion in schubweisen Vorstössen ist weit häufiger. Die Krisen sind weniger heftig. Die langsame Stieldrehung ruft überhaupt keine eigenartigen Symptome hervor, so dass sich die Diagnose erst bei der Operation ergibt.

Die Operation ist indiziert, weil die sich selbst überlassene Affektion ausserordentlich bedenklich ist und zu einer tödlichen Bauchfellentzündung führen kann.

Frühzeitige Laparotomie ist geboten und muss vorgenommen werden, sobald die Diagnose gestellt ist. Beschränkt sich die Torsion nur auf den Stiel der Geschwulst, so lässt sich mit Leichtigkeit die Myomectomia abdominalis ausführen, während das Vorhandensein von intestinalen Adhärenzen natürlicherweise Schwierigkeiten schafft.

Weist der Uterus mehrere Fibrome auf, so wird man je nach dem Fall die Abtragung aller dieser Geschwülste oder die Hysterektomie vornehmen. Liegt die Stieldrehung am Isthmus uteri, so empfiehlt sich die supravaginale Hysterektomie.

Absolut dringlich wird die Operation beim Bestehen von Schwangerschaft. Die Myomectomie bleibt immer die Operation der Wahl, die Hysterektomie stets die der Not. P i n a r d hat geraten, während der Operation selbst und der Tage danach regelmässige Morphiuminjektionen zu machen, um zu verhüten, dass es zu einer Unterbrechung der Schwangerschaft komme. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über die Blitzbehandlung (Fulguration) der Krebse. Von Prof. Dr. Czerny, Heidelberg. Münch. mediz. Woch., Nr. 6, 11. Februar 1908, pag. 265.

Der Verf. vertritt die auf praktische Erfahrung gestützte Anschauung, dass die Fulguration sich für oberflächliche, besonders ulzerierte Haut- und Schleimhaut-Krebse eigene, da sie elektiv das kranke Gewebe zerstört und dieses schonender beseitigt als die blutige Operation. Viele Kranke entschlossen sich leichter zu der Blitzbehandlung als zu der blutigen Operation, und wurden sie so rascher und vielleicht auch radikaler vom Krebs befreit, als es sonst geschehen würde. Über die Frage der Dauerheilung und der Rezidive will sich Verf. erst nach 5 jähriger Erfahrung aussprechen. Jedenfalls würde eine frühzeitige Behandlung etwaiger Rezidive leichter mit der Blitzbehandlung als mit dem Messer zu bewerkstelligen sein. Gegenüber der Therapie mittels Radium und Xstrahlen habe die Fulguration den Vorzug der grösseren Schnelligkeit und Sicherheit. Tieferliegende Krebse blieben vorläufig noch dem Messer vorbehalten. — Freudenberg - Dresden.

Chlorzink gegen Karzinom, Phenol gegen Endometritis.

Von Prof. Dr. Otto von Herff, Basel. Münchener mediz. Woch., Nr. 7, 18. Februar 1908, pag. 331.

v. H. unterstützt auf das wärmste Hofmeier's dringende Empfehlung, statt Chlorzink bei der Endometritis alkoholische Karbollsösungen zu verwenden. Er selbst verwendet 50—90 % ige Lösungen mittels Silberstäbchen oder der von ihm modifizierten Rosner'schen Spritze, wobei sich keinerlei Unzuträglichkeiten ergeben.

Andererseits aber empfiehlt v. H. mit gleicher Wärme Chlorzink bei der Nachbehandlung unheilbarer Uteruskarzinome. Solche verätzt er 4—5 Tage nach gründlicher Ausschabung (Wattetampon, der Wundhöhle nachgeformt, mit 50 % iger Chlorzinkpaste bestrichen, bleibt 4—8 Stunden liegen), wobei er in Hunderten von Fällen nie Nachteil gesehen hat. Ja, es sind selbst schon Dauerheilungen bei diesem Verfahren beobachtet worden, so dass dasselbe alle Beachtung des ärztlichen Praktikers verdient. —

Freudenberg - Dresden.

Ein Depressor vaginae nach Fanøe. Von Dr. N. P. Ernst in Kopenhagen. Z. f. Gyn., Nr. 52, pag. 1635, 1907.

An Stelle des zweiblättrigen Spiegels empfiehlt Verf. den ohne Assistenz arbeitenden Kollegen den Gebrauch des Fanøe'schen Depressor der Vagina, der in Dänemark und teilweise auch in Norwegen und Schweden viel gebraucht wird. Der Stiel besteht aus einer geraden Parthie, Griff und einem halbmondförmigen Abstand, von dessen Spitze der Depressor rechtwinklich abbiegt. Man kann leicht Spekulum und Depressor mit einer Hand halten. Auch in Amerika ist er eingeführt. — Freudenberg - Dresden.

Mechanische Assistenten. Von Dr. Otto Wille in Braunschweig. Z. f. Gyn., Nr. 3, 1908, pag. 71.

Verf. führt aus, dass die von Scherback (Z. f. Gyn., Nr. 45, 1907) besprochene Spekulumform mit dem Schwerpunkt unter dem Spatelende zwar sehr praktisch, aber nichts weniger als neu sei. Er gebrauchte selber diese Form schon ein Jahrzehnt lang, ausserdem aber noch einen zweiten Automaten, der ihm die Kugelzange hält, um die Zervix anzuziehen. Ein Gewicht läuft an einer Schnur über eine Rolle, die am Fenster hinter dem Rücken des Arztes angebracht ist, und ist an dem andern Ende der Schnur eine Kornzange befestigt, welche die Zervix fasst. Beide Einrichtungen seien so einfach, dass er geglaubt hat, auch andere Kollegen hätten sich derselben schon längst bedient. —

Freudenberg - Dresden.

Zur Ätiologie von Lähmungen im Gebiete des Plexus brachialis bei Operationen in Beckenhochlagerungen und ihre Verhütung. Von Dr. Horst, Berlin. Z. f. Gyn., Nr. 49, 1907, pag. 1529.

Im Jahre 1894 schrieb Prof. Braun über Drucklähmungen im Gebiet des Plexus brachialis, die er auf Narkosewirkung zurückführte, d. h. nicht auf eine toxische, sondern eine mechanische, mit der Narkose aber in Verbindung stehende. Als solche Momente hat man teils erwiesen, teils nur angenommen: 1. das Aufliegen des herabhängenden Oberarms mit seinem oberem und mittleren Drittel auf der Kante des Operationstisches während längerer Zeit; 2. eine anhaltende, forzierte Hyperextension des Armes, verbunden mit extremer Abduktion.

Verf. hatte nun Gelegenheit, in der Kgl. Universitätsfrauenklinik zu Berlin, woselbst er als Assistenzarzt tätig ist, hintereinander mehrere teils inkomplete, teils komplette Lähmungen im Gebiet des Plexus brachialis zu beobachten, trotzdem auf die richtige Haltung und Lagerung der Arme schon seit vielen Jahren die grösste Sorgfalt verwandt wird. Er glaubt daher, dass noch andere Ursachen vorhanden sein müssen. Verf. beschreibt nun die an der Klinik üblichen Schulterhalter und äussert die Vermutung, dass durch dieselben an 2 Stellen ein Druck auf den Plexus ausgeübt werden könne, was sich schon äusserlich durch das gelegentlich beobachtete mehr oder weniger starke Verschwinden des Radialpulses bemerklich macht. Verf. hat deshalb die harten Lederpolster durch dickwandige Gummischläuche, die gleich den Fahrradpneumatiks durch Luft aufgebläht werden, ersetzt und darauf hin keine Lähmungen mehr beobachtet. Die dazu gehörigen Rahmen samt Luftkissen fertigt an und liefert die Firma Louis & Löwenstein, Berlin N. 24, Ziegelstrasse.

Freudenberg - Dresden.

Wie operieren wir am rationellsten? Mit besonderer Berücksichtigung des Pfannenstielschen Querschnittes. Von Dr. Max von Holst, Dresden. Gynäkologische Rundschau, 1. Jahrgang, 1907, 17. Heft.

Bei vielen operierten Frauen finden sich trotz der Operation

eine Reihe von Beschwerden ein, die zu den verschiedensten Klagen Anlass geben. Zweierlei Ursachen sind dafür geltend zu machen: erstens ist die Erkrankung, welche die Operation nötig machte, eine derartige, dass schon schwere Veränderungen der Organe und der benachbarten Teile bestehen, die gar nicht mehr völlig durch eine Operation ausgeglichen oder beseitigt werden können; Besserung lässt sich wohl durch die Operation erwarten, eine ideale Heilung ist aber von vornherein ausgeschlossen. Dazu gehören die chronisch entzündlichen adhäsiven Prozesse, bei denen es sich häufig nicht vermeiden lässt, dass die getrennten Flächen doch wieder aneinander zu liegen kommen und miteinander verwachsen. Dagegen lässt es sich wohl verhindern, dass nach Baucheröffnung, wo sekundär-entzündliche Prozesse nicht vorliegen, hinterher Beschwerden auftreten. Es gehören dazu vier Faktoren: Rationelle Eröffnung des Bauches, einwandfreie Asepsis, peinlich sorgfältiges Arbeiten, zuverlässiges Nähmaterial. Nicht die Kürze der Zeitdauer bei der Operation entscheidet, sondern die Sorgfalt in den Einzelheiten. Jedes blutende Gefäß muss sofort umstochen und unterbunden werden. Der Eröffnungsschnitt muss breit genug sein, um einen Einblick unter Anwendung eines selbsthaltenden Bauchspiegels zu gewähren, ohne dabei eine Quetschung durch zu starken Spannungsdruck hervorzurufen. Man vermeide jede Berührung der Organe und bedecke sie mit steriler Gaze. Bei der Lostrennung von Geschwülsten unterbinde man langsam jedes Gefäß und vermeide einen derben Gewebestumpf. Am Schlusse übernähe man die Stumpfreihe sero-serös durch fortlaufende Katgutnaht.

Desinfektion mit Bürste, Schmierseife, Alkohol saponat., Sublimat, Gummi- und darüber oft gewechselte Zwirnhandschuhe, Mütze, Bartbinde.

Bei der Eröffnung des Bauches ist die Methode die beste, die, mit Sicherheit einen Bauchbruch verhütet. Dies ist die P f a n n e n s t i e l'sche Queröffnung. Bei primärer Heilung ohne Entzündung, Hämatom und infolgedessen Zerstörung der Faszien ist ein solcher ausgeschlossen. Durch den bessern Abschluss der übrigen Bauchteile und den Schutz der Därme wird die Mortalität ausserordentlich gering, die Übersicht ist eine vorzügliche, die Narbe ist ideal, strichförmig, Bauchbrüche kommen fast nie vor, die Erholung ist eine schnellere, die Frauen sind nachher beschwerdefrei. Nur bei sehr grossen Tumoren ist die Anwendung des Längsschnittes noch angezeigt. —

B o h n - Chemnitz.

Zum frühen Aufstehen Köliotomierter. Von Dr. Carl H a r t o g in Charlottenburg. Z. f. Gyn., Heft 52, pag. 1620, 1907.

Verf. berichtet aus der L. und Th. L a n d a u'schen Frauenklinik in Berlin, dass in der Zeit vom 1. Oktober 1906 bis 1. Oktober 1907 etwa 150 Köliotomierte in den ersten Tagen p. op. aufgestanden seien und dass sich alle ohne Ausnahme dabei stets gut befunden hätten. Zum Frühaufstehen kommen in Betracht alle, deren Wunden primär verheilen, die fieberfrei sind und bei denen Flatus bzw. Stuhl abgeht. Massgebend ist das subjektive Befinden. Kontraindi-

kation sind nur plastische Operationen oder Hernien. Fast in allen Fällen wurde die Allgemeinnarkose angewandt (Chloroform-Äther-Sauerstoffapparat). — **F r e u d e n b e r g** - Dresden.

Zur Ätiologie der Retroflexio uteri puerperalis. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. O l s h a u s e n. Z. f. Gyn., Nr. 1, pag. 1, 1908.

Die nicht auf Perimetritis oder Parametritis zurückzuführenden Retroflexionen entstehen der Regel nach im ersten Wochenbett infolge örtlicher Veränderungen. Diese bestehen in einer Verdünnung der Zervixwandung. Nebenmomente dabei sind Rückenlage, starke Füllung der Blase und Druck gefüllter Darmschlingen.

Es erhellt hieraus die Notwendigkeit, jede Wöchnerin nach der ersten Geburt einige Wochen später auf Retroflexio hin zu untersuchen und im Falle des Bestehens einer solchen den Uterus zu erheben und bimanuell, eventuell zu wiederholten Malen, in die Antelexionsstellung hineinzudrücken. Führt dies nicht zum Ziel, so solle man für kurze Zeit ein Pessar einlegen. Und nun fährt O. wörtlich fort: „In frischen Fällen (die Retroflexio bildet sich in der Regel in der 3.—4. Woche des Puerperiums der Erstgebärenden aus) kann eine solche Behandlung zur Radikalheilung führen. Eine Massagebehandlung, wie sie jetzt so vielfach gegen Retroflexio in Anwendung gebracht wird, hat den Erfolg niemals.“

Ich muss gegen diesen Ausspruch auf Grund abweichender Erfahrung Protest einlegen. Entweder handelt es sich hier um ein Spiel mit Worten, um eine missverständliche Bezeichnung oder aber um eine tatsächlich gegenteilige Anschauung respektive Erfahrung.

Ich begreife das von O. geübte Verfahren, nämlich das „eventuell zu wiederholten Malen“ erfolgende Erheben des Uterus und bimanuelle Hineindrücken des Uterus in die Antelexionsstellung unbedingt als vollgültigen Massagehandgriff; nach meiner Überzeugung hat O. bei Anwendung seines Verfahrens nichts anderes getan als auch der bewusst massierende Gynäkologe in solchen Fällen tut. Ich habe bis jetzt noch von keiner Seite von einem Widerspruch dagegen gehört, dass die Lehrbücher der gynäkologischen Massage das methodische Aufrichten der Gebärmutter und das Versetzen derselben in Antelexionsstellung als in ihr Bereich gehörig ansehen. Die Technik des Uterusredressements, wie sie die gynäkologische Massage lehrt und übt, ist die rationellste, sanfteste und wirkungsvollste Art der Aufrichtung des Uterus überhaupt. Dabei wird jeder lebhafteste Druck, jede schädliche Zerrung vermieden, und die Aufrichtung der Gebärmutter erfolgt schliesslich so leicht, wie, um einen Ausdruck Stäpfer's zu gebrauchen, wenn man auf das eine Ende eines im Wasser schwimmenden Scheitels Holz drückt, sich das andere Ende gleichsam spielend in die Höhe hebt. Gegen die Art der Technik als solche kann daher O. unmöglich etwas einzuwenden haben, und es würde tatsächlich ein völliges Einvernehmen herrschen, wenigstens sachlich, wenn es sich nur um die verschiedene Bezeichnung eines und desselben Handgriffes handelt.



I



II



III



IV



Bis zu diesem Punkte also sehen wir die Frauenärzte, welche ihr Massieren „Drücken“ oder diejenigen, welche ihr Drücken „Massieren“ nennen, ganz und gar auf demselben Wege. Denn wenn sich durch die einfache Aufrichtung und Antevertierung ein Erfolg erreichen lässt, sind beide gleich zufrieden. Erst jetzt könnte des Weiteren wegen die Unstimmigkeit beginnen. Und somit bezieht sich vielleicht das absprechende Urteil O.'s lediglich auf den einen Satzteil: „Einlegen eines Pessars für kurze Zeit“. Aber auch wenn dies zutrifft, müsste ich O. widersprechen, denn sein autoritatives Urteil in Ehren, es ist durch anderweitige vielfache Erfahrung festgestellt, dass dasjenige, was das Pessar leistet, in frischen Fällen von Retroflexio auch durch Massagebehandlung erzielbar ist. Schon aus theoretischen Gründen ist dies einleuchtend. Gerade O. betont als ätiologisches Moment für die Entwicklung einer Retroflexio beim Puerperium der Primiparen die Verdünnung der Uteruswand, speziell der Zervix. Aber was in aller Welt wäre besser geeignet, dieser Verdünnung und Schwächung entgegenzuwirken und der Uterusmuskulatur wieder ihren normalen Tonus und ihre normale Stärke zurückzugeben, als gerade eine zweckentsprechende mechanische Behandlung? Und zu dieser theoretischen Begründung kommt die praktische, durch die Erfahrung gegebene, worüber so unzweifelhafte Erklärungen vorliegen, dass an der Tatsächlichkeit nicht zu rütteln ist. Selbstredend werden wir mit Rücksicht auf die äusseren Verhältnisse in der ärztlichen Praxis, wenn die rationelle Aufrichtung und Anteflektierung der Gebärmutter nach mehrmaligem Versuche nicht zum Ziele führt, häufig, leider sogar sehr häufig, genötigt sein, der Patientin ein Pessar einzulegen, also ganz so zu verfahren, wie O. es vorschlägt, denn die mechanische Behandlung ist ungleich zeitraubender und unbequemer für beide Teile als die einfache Einlage eines Pessars; aber sie ist gewiss rationeller und sicherer. Dies auf Grund einer reichen persönlichen Erfahrung auszusprechen, hält der Referent für seine Pflicht. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Anzeigen und Gegenanzeigen der Kinesithherapie in der Gynäkologie. (Thure Brandt'sche Massage). Von Dr. Pierre Valette. Marseille médical, 15. Dez. 1907; bespr. Revue de théér. méd.-chir., 25. Januar 1908, Heft 2, pag. 70.

Die Kinesithherapie findet ihre Anwendung sowohl während der Virginität wie nach derselben. Während der Virginität fallen ihr Arten von Affektionen zu, Menorrhagien, Amenorrhöen und Dysmenorrhöen. Ebenso kann man bei jungen Mädchen verstärkte Regeln, vorzeitige Regeln, Vierzehntageregeln und zu langdauernde Regeln in dieser Weise behandeln. Die schwedische Gymnastik reicht fast immer aus, und selbst die alleinige Bewegung der Schenkelabduktoren, zur Zeit der Periode vorgenommen, gibt oft die besten Resultate.

Bei der Amenorrhöe ist diese Methode indiziert, wenn die organische Entwicklung eine zurückgebliebene ist, in Fällen von ungenügender Periode und bei Weissfluss. Auch die Dysmenorrhöe

erfordert oft dieselbe Behandlung, weil ihre Ursache gewöhnlich eine lokale ist.

Nach der Virginität gelten für junge Mädchen dieselben Indikationen, nur ist jetzt die Behandlung deswegen eine um so leichtere, als man der Gymnastik die örtliche Massagebehandlung zugesellen kann.

Die Sterilität ist eine sehr gerechtfertigte Indikation für die Kinesitherapie, und gar nicht selten sieht man sich infolge der Behandlung Schwangerschaft entwickeln. Auch während des Wochenbettes bietet das Verfahren namhafte Vorteile, indem es Gebärmutterverlagerungen verhütet oder beseitigt, Blutungen stillt und die Involution des Uterus befördert. Das Verfahren darf aber nur von sachverständigen Personen und mit Vorsicht ausgeübt werden.

Während der Menopause ist die Kinesitherapie angezeigt bei Zirkulationsstörungen und Regelwidrigkeiten vasomotorischer Art.

Bei Beckenaffektionen findet diese Behandlung ihre Anzeige in der Bekämpfung der um den Uterus herum lokalisierten Ödeme, desgleichen bei solchen in der Nachbarschaft der Adnexe und des Uterus. Derartige zellulitische Knoten können sich bis in die Gegend des Nabels erstrecken. Lageveränderungen und Vorfall der Gebärmutter und Ptosen der Beckenorgane verlangen die gleiche mechanische Therapie.

Die Gegenanzeigen bestehen in akuter Peritonitis, malignen Tumoren, gutartigen, flüssigen, aber nicht entleerbaren Geschwülsten und Eiteransammlungen.

Bei auf hereditärer Nervenkrankheit beruhenden Leiden bleibt das Verfahren wirkungslos. — **F r e u d e n b e r g** - Dresden.

Bauchmassage bei Ernährungsstörungen. Von Dr. C a n t r u.
Journ. de physiothérapie, 15. Okt. 1907. Bespr. Revue de thér. méd.-chir., 15. November 1907, Nr. 22, pag. 774.

Aus der bedeutsamen Arbeit des Verf.'s erhellt, dass die Abdominalmassage, wissenschaftlich angewendet, ein Regulator der gesamten Körperökonomie ist, wobei der allgemeine Blutumlauf und das abdominale Nervensystem die Vermittlerrolle übernehmen. Diese günstigen Erfolge äussern sich einerseits an den Baueingeweiden (Magendarmtraktusdyspepsien, chronische Enteritiden und selbst gewisse „interne“ Appendizitiden; Leber, Pankreas, Niere) sowohl funktionell als auch statisch (Tonus und abdominales Gleichgewicht), andererseits auf Entfernung, am Herzen und den Blutgefässen durch Steigerung der Tätigkeit dieser Organe, durch Regelung der Zusammensetzung und der Menge der Harnabsonderung und durch Hebung des Blutdruckes, einerlei ob eine arterielle oder valvuläre Kardiopathie besteht oder nicht.

Die Wirkungen der Bauchmassage entscheiden sich nach der Art der angewendeten Verfahrensweise. Gewisse Handgriffe wirken sedativ, andere erregend und mithin die entgegengesetzten Effekte hervorrufend, sowohl in lokaler Hinsicht (Abdominal-eingeweide) als auch in allgemeiner (Zirkulation, Respiration). Fernere Unterschiede bedingen die Dauer der Behandlung und der

A u g e n b l i c k, wo dieselbe ausgeübt wird. Bei gewissen Dyspepsien muss man in der Tat nüchtern massieren, bei anderen sofort oder mehrere Stunden nach den Mahlzeiten.

Da die Einwirkung der Massage auf den Zirkulationsapparat und das Nervensystem sehr rasch eintritt, so darf man nicht zu lange massieren, nie länger als 6—12 Minuten, je nach dem Fall und der Individualität, zumal wenn es sich um Herzleidende handelt. Man kann gar nicht genug Front machen gegen die übertrieben langen Sitzungen von 30, 50 und selbst 60 Minuten Dauer, wie solche von unerfahrenen Massören nicht selten beliebt werden. Man massiert anfangs fast stets zu lange und zu stark. Nach der Massage sollten alle Patienten, zumal schwächliche, stets mehr oder weniger lange (15—30 Minuten) horizontal ausgestreckt ruhen. Bei gewissen Kranken z. B. deprimierten Neurasthenikern) ist Bettruhe und bisweilen Isolierung am Anfang der Massagebehandlung unentbehrlich. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Neuere Behandlungsmethoden auf dem Gebiete der Gynäkologie. Von A. E. R u n g e, Assistent der Univ. Frauenklinik der kgl. Charité zu Berlin. Münch. med. Woch., Nr. 1, 1908, pag. 22.

Der Verf. behandelt zunächst die B i e r'sche Stauung. Nach einer erstlichen Ansaugung von etwa 5 Minuten Dauer, wobei die Patientin keinen Schmerz empfinden soll, trotzdem dass die Zervix tief ins Spekulum hineingezogen wird, findet eine Pause von 3 bis 5 Minuten statt, alsdann wird wieder gestaut, und sofort, $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ Stunden lang. Das Verfahren wird alle 1—2—3 Tage wiederholt. Indiziert ist dasselbe bei Zervikalkatarrhen, Erosionen, eventuell auch chronische Metritis und Parametritis. Will man jedoch eine Entzündung der Korpusschleimhaut behandeln, so muss man einen Dilator in das Uteruskavum einführen und zum Spreizen bringen, sonst klappt das Lumen beim Ansaugen zusammen. Das Verfahren ist nicht besser als Ätzungen, Spülungen etc., aber ebenso sicher. Etwas störend ist die Dauer der Sitzungen. Auch zur Behandlung von Sekretstörungen und Fisteln in Laparotomienarben, eventuell bei akuter septischer Endometritis und bei der akuten puerperalen Mastitis ist die B i e r'sche Stauung geeignet, nicht jedoch zur Herbeiführung des künstlichen Abortes. —

An zweiter Stelle bespricht Verf. die Heissluftbehandlung, bei der es sich um weit höhere Temperaturen handelt, als sie bisher bei Spülungen, Umschlägen, Bädern etc. üblich war. In der Charité bedient man sich zur Anwendung der Heisslufttherapie des von K e h r e r angegebenen Apparates. Das Verfahren wird mit Vorteil benutzt bei allen chronischen Krankheitsprozessen der Unterleibsorgane, bei Entzündungen des Uterus, der Parametrien, der Adnexe, chronischer Pelvipерitonitis, Exsudationen, Adhäsionen nach Laparotomien, Fisteln in Narben etc. Auch kann man akute Exsudate rasch inzisionsreif machen und den Infantilismus der inneren Organe damit behandeln. Kontraindiziert ist die Heissluftbehandlung bei allen akuten, mit Fieber einhergehenden Prozessen, ausgesprochenen

Eiterungen, Tuberkulose des Bauchfells oder der Genitalien und bei allgemeinen Körperstörungen, speziell bei Herzfehlern. Dauer und Zahl der Sitzungen richtet sich ganz nach dem Fall. Im ganzen wurden bislang in der Charité 231 Patientinnen mit Heissluft behandelt und leistete die Methode recht Gutes. Bei genügender Geduld der Patientinnen (im Durchschnitt 10 Sitzungen) verschwanden selbst grosse Exsudate, Hämatokelen etc. relativ schnell. —

Die dritte moderne Errungenschaft bildet die Belastungstherapie. Indiziert ist diese von den Bauchdecken aus bei allen chronischen Exsudaten und Entzündungserscheinungen grösseren Umfanges im Becken. Man füllt Säcke mit Sand, Schrot etc., die eventuell vorher noch eine Erwärmung erfahren haben. Noch besser lässt sich die Belastungstherapie von der Scheide aus inszenieren. Die Patientin liegt in schwacher Beckenhochlagerung auf der Chaiselongue. Mit der Kornzange gefasst, führt man einen leeren Kolpeurynter in die Vagina ein und füllt diesen vermittelt eines in den Schlauch desselben eingeführten Trichters mit Quecksilber, worauf man ihn mit einer Klemme verschliesst. Diese Methode empfiehlt sich bei allen Affektionen im Douglas. Leicht beseitigt man mit derselben eine Retroflexio uteri gravidi, die manuell nicht gelingt; auch ist das Verfahren viel schonender. Bei nicht schwangerer Retroflexio erscheint die Methode, falls der Uterus mobil ist, meist überflüssig, bei fixierter aber leistet es ausgezeichnete Dienste, denn die manuelle Abreissung ist, brüste vorgenommen, gefährlich und, langsam ausgeführt, zeitraubend und oft schmerzhaft. Gewöhnlich genügen zur Dehnung der Adhäsionen 6—8 Wochen. Alsdann tritt je nach dem Pessarbehandlung oder die Alexander-Adams'sche Operation in ihr Recht. Verf. hat die Quecksilberbehandlung jeden 2. Tag (eine Stunde lang) vorgenommen und steigend 20, 50, 75, 100, 120 ccm Quecksilber einlaufen lassen. Bei 120 blieb er alsdann von der 5. Sitzung ab stehen. Bei Druckbeschwerden muss man die Menge selbstredend entsprechend vermindern. —

Die vierte neue Therapie besteht in der Vibrationsmassage, die gleichfalls sowohl von den Bauchdecken als auch von der Vagina aus anwendbar ist. Für den ersteren Weg gilt als besondere Indikation die chronische Obstipation. Man beginnt am Nabel und folgt dem Lauf des Kolons. Auch bei chronischen Beckenentzündungen, speziell an den Adnexen, feiert diese Methode grosse Triumphe, desgleichen bei schmerzhaften Laparotomiewunden. Als Ansatzstück an die Massagekugel empfiehlt sich im letzteren Falle ein Kugelsegment von Gummi. Von der Scheide aus wird eine Massagekugel mit einem 12 cm langen Metallstab benutzt. Als Indikation gelten alle chronischen, fieberlose und nicht zu schmerzhaften Entzündungen der inneren Genitalien, Exsudate, Hämatokelen, Pyosalpingitis, Ovaritis, Narben und schmerzhaft Stränge in den Parametrien etc. Bei Infantilis mus hat Verf. keinen Erfolg gesehen, wohl aber Stöckel bei Incontinentia urinae (rechtwinklig abgeknickter Metallstab, Sitzungen alle 2—3 Tage, Dauer 1—5 Minuten). —

Die meisten der oben genannten Methoden passen für alle Fälle,

daher gilt es, das am meisten Entsprechende auszusuchen, also zu individualisieren. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Adrenalin und Osteomalakie. Von Dr. J. C. Reinhardt, Sekundärarzt des schlesischen Krankenhauses zu Teschen. Zentralbl. für Gynäk. Nr. 52, pag. 1613, 1907.

Verf. wandte Adrenalin-Takamine von Parke, Davis & Cie. in London in grossen Dosen bei einer 37-jährigen VII para, die an Osteomalakie sine graviditate litt, an und erzielte einen guten Erfolg, insofern als die Schmerzen schwanden und sich das Allgemeinbefinden hob. Die von Velits'sche Dosierung hält Verf. für zu schwach. Sehr kommt es darauf an, ob das Mittel subkutan oder intravenös einverleibt wird. In letzterem Falle solle es 40 mal toxischer wirken. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Licht als Desinfiziens. Von K. Franz in Jena. Z. f. Gyn., Nr. 1, pag. 4, 1908.

Verf. hat mit der Uviollampe (kurzwellige, ultraviolette Strahlen) an Kaninchen eine Reihe von Versuchen angestellt, die sich in drei Abteilungen zerlegen lassen. Einfach laparotomierte Tiere zeigten bei Bestrahlung eine starke Vermehrung der weissen Blutkörperchen im Gegensatz zu den nicht bestrahlten Tieren. Laparotomierte und leicht infizierte Tiere wiesen bei Bestrahlung keine, ohne Bestrahlung erhebliche Veränderungen, besonders entzündlicher Art auf. Laparotomierte und mit Kulturen von hoher spezifischer Virulenz infizierte Tiere gingen ohne Bestrahlung stets rasch zu Grunde, mit Bestrahlung (je nach dem Grad der Infektion) erst später oder sie blieben gar am Leben.

Verf. erklärt daher bestimmt, dass die Uviollampe Bakterien im Gewebe schädigt und dass ihre desinfektorische Wirkung für den Tierversuch ausser Zweifel ist. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zur Hefetherapie der Kolpitis. Von Privatdozent Dr. Kehrner in Heidelberg. Münch. med. Woch. Nr. 5, 4. Februar 1908, pag. 220.

Verf. hat — der Hauptsache nach mit steriler Dauerhefe — seit 6 Jahren operiert, ist sehr zufrieden mit den gesehenen Erfolgen und stellt deshalb die nachstehenden Thesen auf:

1. Das Misstrauen, das man vielfach in letzter Zeit der vaginalen Hefebehandlung entgegenbringt, ist unbegründet und die Folge fehlerhafter Anwendung von Hefezervixstäben bei akuter Uterusgonorrhöe.

2. Die Kolpitis und die entzündlichen Erosionen sind durch Hefetherapie oft sehr günstig zu beeinflussen. Die besten Heilerfolge sieht man, oft schon in 3—4 Tagen, bei der akuten gonorrhöischen Form. Es gibt aber chronische Fälle von Kolpitis, die durch Hefebehandlung kaum oder nicht beeinflusst werden. Hier ist, wenn etwa 4—5tägige Behandlung keine Fortschritte zeigt, eine andere Therapie einzuleiten.

3. Von den bakterizid wirkenden Hefepräparaten verdienen die-

jenigen den Vorzug, welche keine lebenden Hefezellen enthalten, da deren Nebenwirkungen nicht immer berechnet werden können. Diesen Forderungen entspricht die als Zyein bezeichnete sterile Dauerhefe Albers. (Es ist dies dasselbe Präparat, über welches der Referent sich bereits zweimal im „Frauenarzt“, Heft XII 1903 und 1904 ausgesprochen hat.)

4. Die Dauerhefe darf bei akuten Prozessen nur vaginal, nie zervikal angewendet werden.

5. Die vaginale Hefetherapie bei akuter gonorrhöischer Kolpitis ist als ein Prophylaktikum gegen die ascendierende Gonorrhöe zu bezeichnen.

6. Der vaginalen Hefetherapie hat bei gleichzeitiger eitriger Endometritis chronica eine energische Intrauterinbehandlung mit medikamentösen Spülungen und Ätzungen zu folgen, um die Vagina vor der steten Reinfektion vom Uterus aus zu schützen. (NB. Während der Hefebehandlung selbst sind natürlich nur Spülungen mit abgekochtem Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung statthaft.) —

Freudenberg - Dresden.

Kotarnin-phthalat als uterines Hämostatikum. Von Dr. Hensel, New-York. The Medical Fortnightly, 1. Jan. 1908.

H. verordnete das Styptol bei Dysmenorrhöe mit bestem Erfolg. Er weist darauf hin, dass mit der Styptolmedikation 14 Tage vor Eintritt der Menses zu beginnen ist (3 mal täglich 1 Tablette). Bei Eintritt der Blutungen wird die Dosis verdoppelt. Bei engem Zervikalkanal ist eine vorhergehende Erweiterung angezeigt. Besonders ist Styptol dann zu empfehlen, wenn ein Kurettement oder überhaupt eine Untersuchung verweigert wird. Auch bei sonstigen pathologischen Blutungen, die keine Radikalbehandlung zulassen, ist das Styptol als gutes Palliativum anzusehen. R. —

Anorrhä bei Hämorrhoiden. Von Freiherrn Dr. Felix Oefele-Neuenahr. Wien. klin. Woch. Nr. 5, 1908.

Nach dem Kotbefund lassen sich Fissuren und Hämorrhoiden schwer trennen. Sie bewirken dieselben Verschiebungen in der Kotzusammensetzung, kommen auch öfters vergesellschaftet vor. Die chirurgische Behandlung beider Läsionen ist natürlich eine grundverschiedene, die pharmakotherapeutische aber kaum. Im allgemeinen aber ist weder mit chirurgischen Eingriffen noch durch äussere Einwirkungen, weder durch Abführmittel noch durch unzweckmässige Suppositorien ein dauernder Erfolg herbeizuführen. Die Linderung war, wie Verf. beobachtete, höchstens eine ganz vorübergehende; meistens trat nach operativer Entfernung der Knoten oder nach Afterdehnung bei Fissuren Verschlimmerung ein.

Unter diesen Umständen drängten den Verf. seine Kotuntersuchungen zur Prüfung eines aussichtsreichen neuen Heilmittels, welches in allen Punkten den modernen Anschauungen entspricht, die sich aus den Forschungsergebnissen des Verf.'s ableiten lassen. Zunächst ist Kakao, überhaupt Fett als Bindemasse vermieden. Sodann ist darin eine Reihe von örtlich wirkenden Medikamenten ver-

einigt, welche die Blutfüllung der Mastdarmschleimhaut herabsetzen und antikatarhalisch wirken. Das System der Hämorrhoidalvenen, das den Rücktransport der betreffenden Blutmengen besorgen muss, wird dadurch entlastet. An entsprechenden Stoffen sind im Anorrhäl Sozodolnatrium, Alumol, Hamamelis, Nebennierenextrakt und Zinkoxyd. Als Träger ist tierische Gallerte mit etwas Glycerin gewählt. Die Vereinigung scheint durch irgendwelche technisch vervollkommnete Hilfsmittel in fabrikmässiger Herstellung erzielt zu werden, da nach den Versuchen des Verf.'s der einzelne Apotheker nicht in der Lage ist, in der Anfertigung nach Einzelrezept auch nur annähernd ein gleichwertiges Produkt herzustellen.

Die Anorrhälzäpfchen sind weich und elastisch wie Gummi elastikum. Sie sind so schmiegsam, dass der Patient die ersten paar Male das Einführen lernen muss, damit die Zäpfchen nicht ausweichen und neben der Afteröffnung vorbeischlüpfen. Die Handhabung erlernt sich aber rasch. Die Schmiegsamkeit ist ein wesentlicher Vorteil, da die Hämorrhoidalknöpfe und Wundflächen der Fissuren von der weichen und schmiegsamen Masse umgangen und in keiner Weise gedrückt werden.

Für den Frauenarzt von Interesse ist die Angabe des Verf.'s, dass bei Frauen mit Ausbildung von Hämorrhoiden die Periode vorzeitig schwach wurde oder ganz aussetzte und nach der Anorrhälbehandlung wieder voll auftrat wie in früheren Jahren. Einmal war die Periode schon ein halbes Jahr ausgeblieben und kam ganz plötzlich am zweiten Tage der Anorrhäleinwirkung wieder.

v. O. hat mit dem genannten Präparat eine grosse Zahl von Untersuchungen angestellt und die Wirksamkeit des Mittels ausser Zweifel gesetzt. Seine Untersuchungen zeichnen sich durch eine hervorragende, echt wissenschaftliche Sachlichkeit aus.

Die objektiven Ergebnisse sind, so führt er zum Schlusse aus, nach den chemischen Ergebnissen der Kotuntersuchung so günstig, dass Anorrhäl ein Spezifikum gegen Hämorrhoiden genannt werden müsse. Auch bei Fissuren seien die Erfolge gleich günstig. Doch steht ihm dafür noch keine gleich grosse Zahl von Beobachtungen zur Verfügung. Die Untersuchungen mit Anorrhäl werden aber fortgesetzt und voraussichtlich von ihm umfangreichere Zusammenstellungen in späterer Zeit veröffentlicht. —

Freuden berg - Dresden.

Referate über Geburts- und Säuglingspflege.

Zur Ätiologie der Hyperemesis gravidarum. Von Prof. Dr. Winter - Berlin. Zentralbl. für Gynäk., No. 48, 1907, pag. 1497.

Gestützt auf praktische Erfahrung und Obduktionsbefunde (einen solchen veröffentlicht er an genannter Stelle detailliert) ist

Verf. zu der Anschauung gelangt, dass die reine Hyperemesis gravidarum eine Reflexneurose sei, welche infolge der während der Gravidität leicht beeinflussbaren Psyche einen Einschlag ins Hysterische besitze. Jedenfalls beginne sie als solche. Komme es im Stadium der Reflexneurose nicht zur Heilung, so könne sie durch Schädigung der Leberfunktion und der Nierentätigkeit eine Retention von Schwangerschaftsgiften zur Folge haben und so zu tödlicher Intoxikation führen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Kochsalzentziehung beim Schwangerschaftshydrops. Von Dr. H. C r a m e r, Bonn am Rhein. Münch. med. Woch., No. 53, 31. Dezember 1907, pag. 2639.

Bei seinen Versuchen, Ödeme und Hydrops der Schwangeren durch Kochsalzentziehung zum Verschwinden zu bringen, war Verf. von sehr guten Erfolgen begleitet. Sein Verfahren ist einfach und rein diätetisch. Alle an sich kochsalzreiche Speisen wie Fleisch, Milch etc. werden ausgeschaltet und die übrigen ohne jeden Kochsalzzusatz gereicht, salzfreies Brot, salzfreie Butter etc. etc.

Verf. polemisiert, gerade auf Grund seiner oben dargelegten Erfahrungen, gegen den Standpunkt B i r n b a u m's, der einen grundlegenden Unterschied zwischen dem nephritischen und dem Hydrops graviditatis statuieren will und zwar gerade darum, weil bei der Schwangerschaftsalbuminurie (Nephritis) die Chloride im Urin vermindert seien. Verf. weist darauf hin, dass, wenn man den Hydrops graviditatis durch die oben beschriebene Diät zum Verschwinden gebracht habe, man dem Diätzettel nur Cl Na hinzusetzen brauche, um die Ödeme wieder hervorzurufen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über Scheidenvarixblutung in der Schwangerschaft. Von Dr. G r ü n b a u m in Bamberg. M. m. W., No. 52, 24. Dez. 1907, pag. 2601.

B u d i n rechnet auf 3 schwangere Frauen 1 mit Varizen, C a r i n auf 20 nur 1. Die Differenz erklärt sich aus der unterschiedlichen Auffassung über die Grenze, wo die normale Gefässerweiterung pathologisch wird.

Für das Bersten der Scheidenvarizen mit tödlicher Blutung im Gefolge gibt es 3 ätiologische Momente, für welche Verf. an der genannten Stelle aus seiner Praxis je einen Fall anführt, einfaches Platzen, Trauma und Koitus.

Im ersten Fall erfolgte die Verblutung durch eine geborstene, stricknadelgrosse Vene, bei einer II para, die zuvor heftiges Jucken in der Scheide gehabt hatte. Eine direkte Gewalt auf den Varix war nicht ausgeübt worden.

Im zweiten Falle war der Frau (38 jährige VIII para) durch einen Fall ein Pfahl in die Scheide gedrungen und hatte einen Varixknoten im Scheideneingang zerrissen. Trotz Tamponade starb die Frau nach 2 Tagen.

Der dritte Fall betraf eine III para im VII. Schwangerschaftsmonat, bei der der Gatte den Beischlaf a posterioribus ausgeführt hatte. Auch hier war der Sitz der Blutung ein zerrissener Knoten am Scheideneingang. Durch rasche ärztliche Intervention gelang diesmal die Rettung der Mutter und mithin auch die des Kindes.

Indiziert bei Varizen ist die möglichst rasche Entleerung der Gebärmutter durch künstliche Entbindung, da nach solcher die Varizen zusammenfallen, falls man mit Kompression und Tamponade resp. Umstechung des morschen Gewebes wegen nicht zurecht kommt. Jedenfalls muss man bei Schwangeren, die über Jucken in der Scheide klagen, darauf achten und sie instruieren, bei eventuellem Eintritt von Blutung mit Watte und dem Finger durch Andrücken und Schliessen der Beine die Hämorrhagie zu beherrschen zu versuchen, bis der Arzt eintrifft. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ein Fall von eineiigen Zwillingen mit gemeinsamem Amnion und zusammengeknöteten Nabelschnüren. Von Dr. Gustav P a l l i n in Lund (Schweden). Z. f. Gyn., No. 51, 1907, pag. 1579.

Der vom Verf. beobachtete Fall bezog sich auf eine 26 jährige I para und eine Geburt im 8. Monat, welche spontan erfolgte. Fruchtwassermenge nicht besonders reichlich, Kinder weiblich (1140 und 1430), 2—3 Tage lebend. Plazenta (860) kam spontan. Die Insertionen der Nabelstränge sassen 2 cm voneinander und 4 cm vom Rande des Mutterkuchens entfernt. Sie bildeten miteinander einen einfachen Knoten nahe der Einpflanzungsstelle in die Plazenta. Die Nabelschnur des erstgeborenen kleineren Zwillinges war dünner und wie zugeschnürt von derjenigen des zweiten, grösseren Fötus.

Bezüglich des gemeinsamen Amnionsackes erklärt Verf., dass die Möglichkeit einer von Anfang an gemeinsamen Höhle bei eineiigen Zwillingen nicht von der Hand zu weisen sei und dass es sich nicht um den Schwund der Scheidewand handle, wie bei zweieiigen Föten. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Einelige Drillinge — Drillingsgeburten mit besonderer Berücksichtigung eineiiger. Von Dr. Oskar G r a n z n e r - Klagenfurt. Gyn. Rundsch. 1907, H. 3.

Eine 27 jährige ledige Magd wurde von 3 weiblichen Kindern leicht entbunden. Die ganze Entbindung dauerte nur 3 Stunden. Mutter und Kinder blieben am Leben und befanden sich auch nach dem Verlassen des Krankenhauses und Rückkehr nach der Heimat wohl. Die Nachgeburt zeigte gemeinsame Plazenta und gemeinsames Chorion, jedoch 3 Nabelblasen mit drei getrennten Amnionsäcken. Es handelt sich bemerkenswerterweise um eineiige Drillinge. Ausser diesem sind noch im ganzen 14 Fälle von eineiigen Drillingen in der Literatur beschrieben worden. Die genauen Statistiken sind in der Arbeit übersichtlich und lehrreich zusammengestellt und erläutert. —

B o h n - Chemnitz.

Über die Entstehung der Plazenta marginata und circumvallata im Hinblick auf die Arbeiten von L i e p m a n n und K r ö m e r. Von Prof. Dr. P. S f a m e n i - Perugia. Z. f. Gyn., No. 8, 22. Februar 1908, pag. 234—248.

Die ausführlichen Darlegungen des Verf.'s gipfeln in den nachstehenden von ihm angeführten Leitsätzen:

1. Die Beobachtungen L i e p m a n n 's betreffen weder Placentae marginatae noch circumvallatae.

2. L i e p m a n n gibt ferner keinen Grund dafür an, wie sich diese plazentare Anomalie bei den verschiedenen klinischen Vorkommnissen bildet, die er nur in geringem Umfange erwähnt.

3. K r o e m e r geht von der Hypothese aus, dass für die normale Entwicklung der Plazenta ein physiologischer Spaltungsprozess der Decidua vera in der Umgebung der Serotina notwendig sei.

4. Er nimmt an, dass die Bildung der Marginata und der Circumvallata auf das Fehlen oder Aussetzen eines solchen Spaltungsprozesses zurückzuführen sei; aber er erbringt weder für das Vorhandensein dieses Prozesses, noch für die Störungen desselben Beweise bei.

Die Entstehung der Placenta marginata und der circumvallata ist, wie ich schon dargelegt habe, in rein mechanischen Ursachen zu suchen, nämlich:

a) im Fehlen oder der Unzulänglichkeit des endoovulären Druckes,

b) in der Unzulänglichkeit der aktiven Ausdehnung der Uteruswände. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Extrauterinschwangerschaft. Von Dr. M. P a r t a e l l i. *Revist. ginecologia*, Novemb. 1907; besprochen *Rev. de thér. méd.-chir.* No. 24. 15. Dezember 1907, pag. 854.

Die Häufigkeit der ektopischen Schwangerschaften zwingt uns in zweifelhaften Fällen stets an diese Möglichkeit zu denken. Da die erste Periode gerade die Zeit ist, in der sich die ernstesten Zufälle einstellen, die zu einem plötzlichen Tod der Patientin führen können, so macht sich eine frühzeitige Diagnosenstellung nötig. Diese gibt zugleich die Indikation für den operativen Eingriff.

Heftige Eindrücke bei der Empfängnis können nach der Meinung des Verf.'s über das Herausgleiten oder die Retention des Eies in der Gebärmutterhöhle entscheiden.

Eierstocksektomie ist häufiger bei Frauen, die an Affektionen der Beckenorgane gelitten haben, indem diese ein Hindernis für die normale Wanderung des Ovulums bilden. In derselben Weise, wenn auch auf andern mechanischen Verhältnissen beruhend, wirkt auch die genitale Ptose und zwar sowohl die primäre und alleinbestehende, als auch die sekundäre und mit einer solchen der Abdominalorgane, (postpuerperale Erschlaffung der Bauchwandung, allgemeine Dystrophie und vaskuläre Ektasie) verbundene.

Interessant ist es, in den Antezedentien der Frau, des Ehemannes, der Aszendenten und der Seitenverwandten nach Stigmata physischer oder moralischer Degenerescenz zu suchen, denn die Hauptsache, unabhängig von jeder mechanischen Basis, der Grund der Gründe, um so zu sagen, scheint für die Extrauterinschwangerschaft auf einem kongenitalen Entartungsmoment zu beruhen.

Bei Aufnahme der Symptomatologie findet man häufig: S c h w i n d e l als Reflexsymptom, frühzeitig und hartnäckig auf-

tretend, Schmerzen von wechselnder Stärke, bisweilen peritonischer Art, Blutungen, intern und extern, regellos in ihrem Auftreten und begleitet von Lipothimien, Synkopen etc., Ausstossungen von Stücken der Mucosa decidua uteri, bald für das blosse Auge sichtbar, bald nur mikroskopisch feststellbar (durch die Veränderung des Drüsenepithels von der normalen Schleimhaut zu unterscheiden).

Bei der bimanuellen Untersuchung ist eine solche unter Chloroformnarkose zu bevorzugen.

Das Leersein der Gebärmutter lässt sich durch das Fehlen des Hegar'schen Zeichen dartun. Eine instrumentelle oder digitale Austastung des Kavums ist nicht angezeigt, das erstere wegen der Gefahr, das zweite wegen seiner Umständlichkeit.

Bedient man sich der oben genannten Untersuchungsmittel, so wird man mit relativer Leichtigkeit zu einer sichergestellten Diagnose der ektopischen Schwangerschaft bei ihrem ersten Auftreten gelangen. In Fällen, bei welchen ein ernster Zweifel besteht, wird der letztere beim chirurgischen Einschreiten verschwinden. —

Freudenberg - Dresden.

Ein Fall von Geburt ohne Blutverlust. Von Dr. Galle in Hirschberg in Schles. Zentralbl. für Gynäk., No. 47, 1907, pag. 1475.

Der sehr merkwürdige Fall betrifft eine 38 jährige II para, die spontan von einem gesunden Mädchen entbunden worden war und zu der Verf. behufs Entfernung der Nachgeburt gerufen worden war. Bei Credé entleerte sich, während die eigentliche Geburt vollkommen blutlos verlaufen war, etwa ein Kinderlöffel voll Blut. Verf. hebt als beachtenswert hervor, 1. dass vollständige Erschlaffung des Uterus ohne den geringsten Bluterguss in sein Inneres möglich sei, und 2. dass die gewaltsame Expression der Nachgeburt geeignet sei, Blutung aus dem Uterus hervorzurufen und zwar selbst in einem Falle, in welchem nichts weniger als eine Neigung zu Blutungen bestehe. Ahlfeld beobachtete unter 6600 Geburten nur 5 ohne Blutverlust. —

Freudenberg - Dresden.

Hämatoma vulvae als Geburtshindernis. Von Dr. Alois Rosenberger, Sekundararzt. Gynäk Rundschau 1907, 17. Heft.

Hämatom der Scheide kommt unter 1600 Geburten ungefähr einmal zustande. Die Krankheitszeichen sind: hochgradige Blutleere, je nach der Grösse der Blutung, die Blutgeschwulst an der Vulva, die in manchen Fällen eine spontane Geburt unmöglich machen kann, Schmerz, Spannungsgefühl, Harndrang, dem nicht Folge geleistet werden kann. Die Vorhersage ist im allgemeinen eine schlechte. Verblutung und Sepsis führen häufig zum Tode. Man vermeidet alle Eingriffe nach Möglichkeit. Nur wenn die Blutgeschwulst ein Geburtshindernis bildet, muss man sie erst beseitigen. Die Wundhöhle darf wegen der vorangegangenen Quetschung der Gewebe nicht verschlossen werden.

Eine 26 jährige Frau am Ende der Schwangerschaft wurde am 26. Januar 1905 abends 6 Uhr in das Krankenhaus gebracht. Die Wehen bestehen seit morgens, seit halb fünf Uhr nachmittags hat sich an der rechten Schamlippe eine grosse zunehmende Geschwulst gebildet. Dieselbe bildet ein absolutes Geburtshindernis. Unter grösstmöglicher Asepsis wird die Geschwulst eröffnet und das Kind dann mit der Zange herausgezogen. Weitere Geburt glatt. Am vierten Tage durch Rückhaltung der Abscheidung Temperatursteigerung, die sich aber nach einer leichten Sublimatausspülung hebt. Die Mutter stillt das Kind selbst und beide verlassen am sechzehnten Tage gesund das Krankenhaus. —

B o h n - Chemnitz.

Ovarialsarkom während der Geburt. Von Dr. B i r c h e r, Assistenzarzt des Kanton-Krankenhauses zu Aarau. Z. f. Gyn., No. 44, 2. Nov. 1907, pag. 1378.

Verf. hatte vor 3 Jahren Gelegenheit, ein Spindelzellen-Sarkom des rechten Eierstocks bei einer im 4. Monate schwangeren Frau zu diagnostizieren und zu exstirpieren. Da jetzt also drei Jahre seit der Operation verflossen sind, so hält er es nunmehr an der Zeit, darüber zu berichten, weil sich jetzt von einem Dauererfolg wohl dürfte sprechen lassen. Derartige Fälle sind relativ selten. Die Schwangerschaft ging nach glatt verlaufener Wundheilung und Entlassung der Patientin nach Hause ungestört weiter. Das Kind wurde aber alsdann infolge von Verhältnissen, die nichts mit der Operation zu tun haben, 1 Monat vor dem Reifetermin geboren (Zange) und starb später an einer Nabelinfektion. Die Mutter ist bis heute rezidivfrei geblieben und fühlt sich vollkommen gesund. Der Fall spricht lebhaft dafür, dass man ein Sarkom operieren soll, sobald man es konstatiert, auch bei bestehender Schwangerschaft. Durch Zuwarten werden nur die Chancen der Mutter und des Kindes verschlechtert. Anders mag die Sache bei gutartigen Neubildungen liegen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Hohe Zange bei Gesichtslage. Von Dr. R. J o l l y, Oberarzt der Kgl. Univ.-Frauenkl. zu Berlin. Z. f. Gyn., No. 50, 14. Dez. 1907, pag. 1553.

Anschliessend an die Arbeit v. H e r f f's in den H e g a r'schen Beiträgen für Geb. u. Gyn., in welchen dieser einen Fall von hoher Zange bei Gesichtslage beschreibt, den er glücklich durchführte, wiewohl er selbst dabei bemerkte, dass dies nichts für Anfänger und auch wohl nur mit Achsenzugzange möglich sei, hebt J. auf Grund zweier unglücklich verlaufener Fälle die Schwierigkeit dieser Situation hervor. Der vom Scheidenrohr fest umschlossene Kopf werde dabei durch die Zange in so kurzer Zeit gedreht, dass die Elastizität der Weichteile nicht ausreiche und dass sie an den am stärksten gedehnten Stellen einrissen. Aber neben Scheide und Damm kommt auch der kindliche Kopf selbst in Gefahr, über dessen Stand im Becken es bei Gesichtslagen nicht immer leicht ist, sich ein Urteil zu bilden, weil das Gesicht von den Scheitelbeinhöckern viel weiter

entfernt ist, als das Hinterhaupt, und das Gesicht bereits tief im Becken stehen kann, wenn der massgebliche Umfang des Kopfes noch in oder gar über dem Beckeneingang steht. Wird alsdann die Zange angelegt, so kann dies nur verhängnisvoll werden.

Bei hohem Gesichtsstande möge man versuchen, durch äusseren Druck das Hinterhaupt ins Becken hineinzudrücken, falls nötig, in Narkose. Die Zange dürfe erst angelegt werden, wenn der Kopf im Becken stehe und richtig von ihr umfasst werden könne. Bei Dringlichkeit der Entbindung komme neben der Perforation höchstens noch die Pubotomie in Betracht und zwar eine solche mit nachfolgendem spontanem Verlauf. Für die Zange schaffe die Pubotomie wenig Vorteile, da ihre Einwirkung auf den Schädel des Kindes und die Scheide der Frau dieselbe bleibe. Die hohe Zange bedeute bei der Gesichtslage für die Fibroide und den Damm, sowie für den fötalen Schädel stets eine hohe Gefahr. Eine Abbildung der unter dem Zangenzug in dem einen Falle gesprengten Kranznaht ist der Arbeit beigegeben. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Diagnose der Schulterlagen. Von Prof. Dr. J. K o c k s - Bonn. Z. f. Gyn., No. 52, pag. 1616, 1907.

Ist Scheitel- und Gesichtslage ausgeschlossen und die Diagnose unklar, so hole man einen etwa erreichbaren Arm herab, was leicht gelingt, wenn es sich um Schulterlage handelt. Die in solchen Fällen nach aussen gebrachte Hand muss in maximale Supinationsstellung gebracht werden, indem man sie so dreht, dass ihr Daumen so weit wie möglich nach dem Handrücken hin bewegt wird. Ist dies geschehen, so zeigt der Daumen der herabgelassenen Hand nach der Seite der Mutter, in welcher der Kopf des Kindes liegt und der Handrücken entspricht dem Rücken der Frucht. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über Nierendekapsulation bei Eklampsie. Von Dr. O. Frank, Assistenzarzt der Diakonissenanstalt in Flensburg. Münch. med. Woch., No. 50, 10. Dez. 1907, pag. 2471.

Verf. verfügt über eine ganze Reihe einschlägiger Beobachtungen, welche er an genannter Stelle mitteilt. Aus diesen ergibt sich, dass die Operation zweimal ganz sicher im Stiche gelassen hat und dass insbesondere die Empfehlung E d e b o h l s, vor der Entleerung des Uterus die Dekapsulation vorzunehmen, nicht gerechtfertigt ist. Dagegen war in 2 Fällen ein günstiger Einfluss der Operation wahrscheinlich, während in den übrigen 6 Fällen eine auffallend rasche Genesung erzielt wurde. In 8 Fällen war der Uterus zuvor entleert worden, hiervon blieb ein Fall durch die Dekapsulation unbeeinflusst. Zweimal wurde die Dekapsulation vor der Entleerung der Gebärmutter ausgeführt, wobei nur in einem Fall ein Erfolg erzielt wurde.

Im allgemeinen jedoch erklärt der Verf., dass trotz der relativ hohen Mortalität, rücksichtlich des Umstandes, dass es sich ja meist um verzweifelte Fälle handelt, bei der nach der Entleerung des

Uterus fortbestehenden Eklampsie die sofortige Entkapselung angezeigt sei. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über Erleichterung der Austrittsbewegung durch eine besondere Haltung der Gebärenden. Von Dr. Max S a m u e l - Posen. Zentralblatt für Gynäkol., No. 8, 22. Februar 1908, pag. 233.

Verf. empfiehlt die folgende Haltung, von deren Wirksamkeit er sich durch einen Zufall überzeugte. Die Frau umfaßt die im Hüftgelenk normal flektierten Beine dicht oberhalb des Knies fest mit den Händen. Erstens ist die Haltung sehr geeignet zum Verarbeiten der Wehen, da die Kreissende wirksam mitpressen kann, und zweitens wird dabei der gerade Durchmesser des Beckenausganges grösser.

Verf. hat diese Methode überall da angewandt, wo sich der Austritt des Kopfes oder des Steisses bei der Geburt verzögerte. Auch bei 5 Vorderhauptlagen erzielte er unter vieren solchen einen Erfolg damit, desgleichen bei 2 Fällen von tiefem Querstand. Ein Versuch, meint der Verf., empfehle sich ferner bei Gesichts- und Stirnlagen, sowie bei im Beckenausgang verengten Becken. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über die Bedeutung der Eihautretention und die passende Methode zur vollständigen Entfernung derselben. Von Dr. C. L o u r o s in Athen. Z. f. Gyn., No. 7, 15. Februar 1908, pag. 217.

Verf. polemisiert gegen den Grundsatz, dass Eihäute unbesorgt zurückgelassen werden dürften, wenn sie als Ganzes abgerissen sind und keine Blutung besteht, oder wenn nur Teile fehlen. Auch kleine Reste können Nachblutungen, unvollkommene Involution und Infektion im Gefolge haben, was er durch 7 Krankengeschichten erhärtet. Verf. kommt daher zu den nachstehenden Forderungen:

1. Muss die vollständige Entfernung der Eihäute mit derselben Sorgfalt angestrebt werden, wie die der Plazenta.

2. Um festzustellen, ob die vollständige Entfernung der Eihäute geschehen ist oder nicht, müssen diese mit derselben Sorgfalt und Genauigkeit untersucht werden, wie die Plazenta.

3. Ist die Eihautretention nach der Entfernung der Plazenta konstatiert, so müssen diese sofort ohne Zagen entfernt werden, und selbst in dem Falle, dass keine Blutung besteht, genau so wie es bei der Retention von Plazentateilen geschieht, durch Einführung der ganzen Hand oder durch die Finger in die Uterushöhle unter allen aseptischen und antiseptischen Kautelen. Nur wenn es sich um Retention eines kleinen Eihautteiles handelt, darf man die spontane Entfernung abwarten, denn diese kleinen Eihautteile werden durch die Lo-

chien weggespült und so ohne weiteres entfernt; ausserdem kann man dieselben wegen ihrer Kleinheit oft nicht entdecken und so ihre Entfernung durch die Finger nicht bewerkstelligen.

4. So oft während des Wochenbettes eine Blutung eintritt oder sich Fieber einstellt und die Lochien einen üblen Geruch annehmen, muss man sofort Verdacht auf Retention eines Plazenta- oder Eihautteiles schöpfen und folglich eine Fingeruntersuchung der Uterushöhle vornehmen und, im Falle dass dies bestätigt wird, die retentierten Teile durch die Finger entfernen oder, wenn nötig, durch die Kurette.

Verf. empfiehlt daher die grösste Behutsamkeit bei der Entfernung der Eihäute. Wenn man sieht, dass diese abreißen wollen, so ziehe oder drehe man nicht mehr am Mutterkuchen, sondern gehe den Eihäuten entlang mit 2 Fingern bis zur Einpflanzungsstelle in der Uterushöhle. Unter Aseptik werde dies weniger Gefahr bringen als eine eventuelle Retention. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über die Behandlung der Nebenverletzungen bei der Hebosteotomie. Von Dozent Dr. K r ö m e r - Giessen. Z. f. Gyn., No. 41, pag. 1230, 1907.

Der vorjährige Gynäkologenkongress hat eigentlich nur einen Punkt ungeklärt gelassen, in wie weit die Hebosteotomie noch für den praktischen Arzt in Frage kommt? Verf. nimmt an, dass man nicht berechtigt ist, aus den Gefahren der Operation eine absolute Kontraindikation für die Ausführung im Privathause abzuleiten. Die Hammerschlag'sche Beobachtung definiert Verf. nicht so, dass die Operierte gestorben ist, weil die Operation im Privathause ausgeführt worden ist, sondern dass die gefährliche Komplikation infolge des Unterlassens der Blasennaht entstand. Auch das Einlegen eines Dauerkatheters in der Klinik dürfte den letalen Ausgang nicht abgewendet haben. Die wichtigste Aufgabe bei den beckenenerweiternden Operationen sei die Verminderung der Blasenverletzungen einerseits und die primäre Naht des dort verletzten Organes andererseits. Zum Schutz der Blase ist Verf. zu einem subkutanen Schnittverfahren übergegangen, bei welchem das Crus clitoridis im Sulcus interlabialis vom untern Schambeinrand und sodann das Ligamentum pubo-vesicale abgelöst wird, worauf der Finger mit Leichtigkeit von unten her hinter das Schambein gleitet und bei Einführung des Bumm'schen Sägenführers (Verf. empfiehlt das Bumm'sche Instrumentarium überhaupt) und beim Herumleiten der Säge die Blase deckt. Das Vorgehen von unten gewährt auch den besten Blasenschutz während der Geburt, denn auch nach Durchsägung des Os pubis ist die Blase vor Verletzungen nicht sicher.

Verletzt werden kann die Blase am häufigsten 1. durch den Sägenführer, und zwar leichter bei der Stich- als bei Schnittmethode; 2. durch Abreißen des Ligamentum pubo-vesicale auf der Seite des Knochenspaltes bei brüskem Erweitern des letzteren (Riss-

verletzung); 3. durch den Druck des Kopfes auf die Blase gegen den Beckenring infolge zu langer Geburtsdauer (Druckverletzung). Nur die Schädigungen der letzteren Art, d. h. die sekundären Läsionen der Blase im Wochenbett (Druck-Nekrose) werden durch den Dauerkatheter vermieden. Sägeverletzungen und Rissverletzungen dagegen erfordern die sofortige primäre Naht und nur zur Nachbehandlung den Dauerkatheter. —

Verf. hat 19 mal pubotomiert, darunter die letzten 6 mal mit subpubischem Vestibularschnitt. Alle 19 Mütter genesen, desgleichen kamen alle 20 Kinder (einmal Zwillinge) lebend. —

Freuden berg - Dresden.

Über den Kernikterus der Neugeborenen. Von Prof. Dr.

B e n e k e - Marburg. Münch. med. Woche, Nr. 41 vom 8. Oktober 1907, pag. 2023.

B e n e k e schliesst sich an die epochalen Entdeckungen S c h m o r l's, die er bestätigt und erweitert. Auch er veröffentlicht an der genannten Stelle einen Fall, in welchem zwei Zwillinge bald nach der Geburt unter krampfhaften Erscheinungen ikterisch zu Grunde gingen. Die lediglich gestattete Sektion des einen Zwillinges ergab Nekrose resp. Verfärbung der Ganglienzellen, speziell auch der als Krampfzentren bekannten Partien. Er stimmt daher dem S c h m o r l'schen Hinweis bei, dass der Ikterus neonatorum nicht als so ungefährlich angesehen werden dürfe, wie dies gewöhnlich geschieht. Im allgemeinen fasst er den Ikterus neonatorum als eine Folgeerscheinung einer in den ersten Lebenstagen gesteigerten Lebertätigkeit auf. Der plötzliche Ausfall des Blutzufusses aus der Nabelvene in die Leberkapillaren bringe ja notwendigerweise eine Erleichterung in der Zirkulation in den letzteren mit sich. Hierdurch werde einerseits ein Übertritt von Gallensubstanzen aus den Leberzellen erleichtert und andererseits infolge der Zirkulationsbeschleunigung vielleicht auch neben einer überreichen Bildung von Gallensäuren und Gallenfarbstoff gleichzeitig eine Überproduktion von harnfähigen Substanzen erzeugt. —

Freuden berg - Dresden.

Zur Augenentzündung der Neugeborenen. Von Dr. Fritz

S c h a n z, Augenarzt in Dresden. Münch. med. Woch., No. 47, 19. Nov. 1907, pag. 2329.

Verf. setzt sich zunächst mit Prof. G r e e f f auseinander, der die Ansicht aussprach, der Arzt müsse vor allem feststellen, ob es sich um eine Conjunctivitis gonorrhoeica handle oder nicht. Diesen Rat hält S. für gefährlich. Er hat als Arzt des Dresdener Kinderhospitals schwere Blennorrhöen gesehen, in denen es trotz aller Bemühung nicht gelang, den Gonokokkus nachzuweisen. Auch ist die Deutung des bakteriologischen Befundes nicht so leicht als G. annimmt. Drittens ist der Gonokokkus überhaupt viel variabler, als man früher annahm, und ist es darum schwer, verwandte Arten von ihm scharf abzutrennen. Verf. ist der Ansicht, dass man am besten tut, anzunehmen, dass die verschiedenen Bakterien der Blennorrhöe

Nosoparasiten sind, welche ohne Erscheinungen zu machen auf der gesunden Schleimhaut vorkommen können, sich bei gewissen Entzündungen derselben aber reichlich vermehren und den Krankheitsprozess insofern beeinflussen, als ihre Stoffwechselprodukte die Entzündungserscheinungen steigern. Dass man den Gonokokkus so oft finde, erkläre sich dadurch, dass er eben mit dem eigentlichen Erreger von der Scheide aus mit übertragen werde.

Auch scheint dem Verf. der G r e e f f'sche Satz, dass er in jedem Falle von Blennorrhöe, der ihm rechtzeitig zugeführt werde, für Heilung garantieren könne, doch etwas zu gewagt. Desgleichen die in populären Kommunikationen, die C r e d é'sche Behandlung betreffend, so oft geäußerte ähnlich lautende Anschauung. Es gibt auch in der Praxis noch Fallstricke und Fussangeln und der praktische Arzt kann trotz dieser Behauptung hin und wieder ohne eigenes Verschulden Misserfolge erleben.

Desgleichen ist Verf. mit den C r e d é'schen Tropfen nicht einverstanden. Hier kommen zu leicht Verwechselungen und Irrtümer in der Konzentration vor. Da man mit wesentlich harmloseren Mitteln den gleichen Effekt erreichen kann, sollte man zur Vermeidung der Gefahr doch lieber diese wählen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Behandlung der Gastroenteritis bei kleinen Kindern durch das Trockenverfahren. Von Dr. P. Gallois. La clinique infantil, 15. Nov. 1907. Besprochen Revue de thérap. méd.-chir., No. 23, 1. Dezember 1907, pag. 824.

Jede bisherige Therapie der Gastroenteritiden der Kindheit beruht auf der Annahme einer Infektion. Für den Verfasser aber ist das eine unbewiesene Hypothese, und nach ihm spielt die Dyspepsie eine viel wichtigere Rolle als die Infektion. Diese Dyspepsie ist fast stets das Werk einer Überernährung. Um die kleinen Patienten zu heilen, muss man ihre Nahrung reduzieren und dieser Indikation soll die Wasserdiät entsprechen. Diese aber vermindert keineswegs das Volumen. Und doch ist es gerade der exzessive Umfang der eingeführten Nahrung, welcher die Krankheitserscheinungen auszulösen erscheint. Bietet der Magen des Kindes die Phänomene der Dyspepsie dar, so wäre die Einführung von Flüssigkeiten und ganz besonders die von wasserverdünnter Milch gefährlich.

Bei Säuglingen, die entwöhnt werden sollen, wendet der Verf. die Trockenernährung an, deren Vorschrift je nach dem Alter des Kindes etwas wechselt, im allgemeinen aber der nachstehenden Schilderung entspricht: etwas Brei am Morgen, 2—3 kleine Kakes um 10 Uhr, etwas frischen Käse und Brei zum Mittag, 2 trockne Kakes um 4 Uhr und etwas Brei am Abend.

Bei den Säuglingen selbst kann man als Nahrungsmittel nur ein Milchderivat verwenden. Der Verfasser bedient sich zu diesem Behufe des Schweizerkäses.

Ein Esslöffel voll Käse wird mit einem Suppenlöffel voll Milch und Zuckerzusatz zu einer kleinen Kreme geschlagen. Was die Menge angeht, so wiegt diese Präparation dreimal schwerer als

Milch. Die Kinder erhalten im allgemeinen alle 2 Stunden eine derartige Mahlzeit und zwar während zweier Tage, also 7 mal täglich. Am dritten Tage werden 3 dieser Mahlzeiten durch Anlegen an die Brust oder durch die Darreichung von Milch, je nach der Lebenswoche des Kindes berechnet, ersetzt. Am 4. Tage werden zwei weitere Ätzungen mit Käse durch Säugung oder Fläschchendarreichung ersetzt. Am 5. Tage gelangt man zur vollständigen Milchnahrung.

Die Resultate sind sehr rasch eintretende. Das Erbrechen und die Diarrhöe stehen am Tage der Verabschiedung der Milchnahrung oder wenigstens am darauffolgenden und bleiben auch bei Wiederaufnahme des völligen Milchregimes ohne Rückfall. Auch keine Abmagerung infolge von mangelhafter Ernährung ist zu besorgen.
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Schulärztliche Erfahrungen. Von Dr. med. Bayerthal, Nervenarzt und Schularzt an der städtischen Hilfsschule in Worms. Neur. C.-Bl., Januar 1908.

Verf. weist darauf hin, dass neben der Erbllichkeit auch den Schädlichkeiten, die vor, bei und nach der Zeugung einwirken, eine grosse Bedeutung für die Entstehung des angeborenen Schwachsinnnes zukommt, unter denen der Alkoholismus in erster Linie zu nennen ist. Ihm und der Erbllichkeit gegenüber treten die übrigen Einflüsse in den Hintergrund. So konnte z. B. bei acht unter zehn Kindern, die im Schuljahre 1906/07 zur Aufnahme in die Hilfsschule gelangten, nachgewiesen werden, dass chronischer und vorübergehender Alkoholismus des Vaters zur Zeit der Zeugung des später schwachsinnigen Kindes bestanden und somit eine Keimesschädigung bedingt hatte. Aber auch indirekt trug der Alkoholismus des Vaters Schuld an dem Schwachsinn der Kinder, da in sechs Fällen (unter zehn) die Mutter während der Schwangerschaft schweren Gemütsbewegungen ausgesetzt war, die mit dem Alkoholmissbrauch des Vaters mehr oder weniger in ursächlichem Zusammenhang standen. (Dass Gemütsbewegungen einer Schwangeren ohne Mitwirkung der Heredität oder des Alkoholismus von nachteiligem Einfluss auf die Gehirnentwicklung der Frucht sein können, bezeichnet der Verfasser als zweifelhaft.) Noch eine andere Erscheinung, die bei den erwähnten Aufnahmeuntersuchungen zutage trat und in Übereinstimmung mit früheren Erfahrungen steht, ist geeignet, den traurigen Einfluss des Alkoholmissbrauches auf die Nachkommenschaft klarzulegen. Unter fünf Kindern, welche in den ersten Lebensjahren an Konvulsionen gelitten hatten, war bei drei eine erbliche Belastung nicht nachzuweisen, aber bei zwei fand die Zeugung im Rausche statt und die übrigen drei Kinder hatten Väter, welche Gewohnheitstrinker waren. In sämtlichen Fällen waren die Konvulsionen nicht Symptome einer ausgesprochenen Gehirnerkrankung, sondern der Ausdruck einer angeborenen geringeren Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegen äussere Schädlichkeiten, so z. B. bei zwei Kindern,

die im Laufe von Infektionskrankheiten (Masern, Keuchhusten) von Krämpfen befallen worden waren.

Der Rachitis misst B a y e r t h a l keine wesentliche Bedeutung für die Entstehung des Schwachsinn zu. Das häufige Nebeneinanderbestehen der Rachitis und des Schwachsinn erklärt er in Übereinstimmung mit Fiebig dadurch, dass beide ihre Entstehung in erster Linie der Alkoholisierung der Eltern und Grosseltern verdanken. Es wird im gegebenen Falle auf die Lokalisation der Keimesschädigung ankommen, ob Rachitis und Schwachsinn oder eine von beiden Erkrankungen zur Entwicklung gelangen. Von dem Grade der Keimesschädigung wird es dann abhängen, ob mit Hilfe hygienischer Massregeln die genannten Erkrankungen verhütet oder nur ihre Form und Ausdehnung in günstigem Sinne beeinflusst werden können.

Eine weitere Stütze für die Ansicht B a y e r t h a l s über den Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Schwachsinn liegt in der Tatsache, dass unter den geistig normal veranlagten Kindern, die wegen mangelhafter Ernährung und Nachtruhe, Schwerhörigkeit und Sehschwäche, vorübergehenden Krankheiten, häufigem Schulwechsel oder unregelmässigem Schulbesuche usw. in der Schule zurückgeblieben waren, der Alkoholnissbrauch bei der Zeugung keine Rolle gespielt hatte. Endlich spricht noch ein Moment, das an sich zwar nicht einwandfrei ist, für die Richtigkeit der aus den anderen Beobachtungen gefolgerten Schlüsse, nämlich die Tatsache, dass schwachsinnige Schulkinder jüdischen Glaubens in den letzten 17 Jahren nicht zur Aufnahme in die Wormser Volksschulen gelangt sind, obwohl es dem Prozentsatze nach, mit dem die jüdischen Schüler unter der Gesamtschülerzahl vertreten sind, zu erwarten gewesen wäre; die bekannte Mässigkeit der Juden gibt die Erklärung dafür. B a y e r t h a l kommt zu dem Schlusse, dass die Verhütung einer minderwertigen Nachkommenschaft nur durch Aufklärung über die Wirkungen des Alkoholismus geschehen kann. Diese muss mit dem steten Hinweise darauf stattfinden, dass der Alkohol nicht nur Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit der Einzelnen wie ganzer Familien stört, sondern das Lebensglück unzähliger Menschen schon an der Wurzel ihres Lebens vergiftet und dadurch eine erhebliche Quote körperlicher und geistiger Minderwertigkeit in der Bevölkerung schafft. Erst wenn die Wirkung des Alkohols ausgeschaltet sein wird, darf man hoffen, dass nicht in der Masse, als die Säuglings- und Kindersterblichkeit herabgeht, die jetzt schon geradezu erschreckend grosse Zahl pathologischer Individuen in der Bevölkerung, von denen die Hilfsschulinsassen ja nur einen kleinen Teil bilden, eine weitere Steigerung erfährt. — H o l i s c h e r - P i r k e n h a m m e r.



Rezensionen.

Herzkrankheiten. Ihre Behandlung durch die Quellen von Orb. Von Dr. J. S c h e r f, Badearzt. Dritte Auflage. 8°. 31 Seiten. München 1908, Verlag der „Ärztl. Rundschau“ (Otto Gmelin). Geh. Ohne Angabe des Preises.

Verf. bringt in sehr einleuchtender Weise die günstige Einwirkung der Balneotherapie auf Herzkrankheiten überhaupt zur Anschauung und macht uns auf das Eingehendste speziell mit den Helfaktoren des Bades Orb im Spessart bekannt, dessen Quellen eine ganz besondere Eignung für die Behebung verschiedener Herzleiden zu besitzen scheinen. Das kleine Werk ist anregend, unterrichtend und flott geschrieben. — F r e u d e n b e r g -Dresden.

Die andauernde, gewohnheitsmässige Stuhlverstopfung (chronische Obstipation), ihre Ursachen, Folgen und Behandlung. Gemeinverständlich dargestellt von Dr. med. A. B o f i n g e r, Badearzt in Bad Mergentheim. Gr. 8°. 40 Seiten. München 1908, Verlag der ärztl. Rundschau (Otto Gmelin). Geb. Preis 1 Mk.

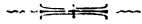
Die vorstehend genannte Broschüre bildet das 29. (selbständige) Heft der bekannten Serie: „Der Arzt als Erzieher.“ In sehr sachgemässer und klarer, auch für den Laien, allerdings nur den höher gebildeten verständlichen Weise setzt sich der Verf. mit seinem Gegenstand, der den Frauenarzt kaum weniger interessiert als den Internisten, auseinander. Vor Eintritt in die Behandlung der ihm gestellten Aufgabe entwickelt Verf. zunächst zur Anbahnung eines besseren Verständnisses die Grundlagen der Verdauung überhaupt. Auch der chronischen Konstipation Schwangerer widmet der Verf. sein Interesse, sowie gleichfalls, wenn auch nur cursorisch, den gynäkologischen Leiden, welche ätiologisch hierbei in Frage kommen. Einen dem Praktiker vielleicht nicht unwillkommenen Wink gibt Verf. dadurch, dass er empfiehlt, den Patienten u n g e w o h n t e Nahrungsmittel zu verordnen, also den an üppige Fleichkost Gewöhnten vegetarische Diät und den an Pflanzekost gewöhnten Landleuten Fleisch und Fleischbrühe. Im grossen und ganzen ist Referent mit den sehr eingehend behandelten therapeutischen Ausführungen des Verfassers einverstanden, nur möchte er den Gebrauch der Abführmittel etwas mehr eingeschränkt sehen, zu Gunsten harmloserer Massnahmen wie z. B. der (nicht erwähnten) systematischen Anwendung von Bleibeklistieren und der (gleichfalls nicht erwähnten) psychischen Selbsterziehung durch die Gewöhnung an eine bestimmte Stunde für die Defäkation.

Im übrigen müssen wir bekennen, dass Verf. sein Gebiet nicht nur in weitem Masse beherrscht, sondern auch übersichtlich in allen Hauptsachen zur Darstellung bringt. Wir wünschen daher auch diesem Heft der beliebten Reihe „Der Arzt als Erzieher“ eine möglichste Verbreitung in ärztlichen und gebildeten Laienkreisen. —

F r e u d e n b e r g -Dresden.

Wie verschaffen wir unseren Kindern gesunde Knochen und erhöhen dadurch die Widerstandskraft des Körpers gegen Krankheit? Von Dr. med. Hermann W a t t e n b e r g, Geh. San.-Rat in Harburg a. d. Elbe. Gr. 8°, 31 Seiten. München 1908, Verlag der ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin). Geh. Ohne Angabe des Preises.

Verf. behandelt die Wichtigkeit der Knochenlehre für den Aufbau des menschlichen Organismus und bespricht sodann die Geschichte der Rachitis, deren Wesen und Entwicklung beim Menschen. Im Anschluss hieran geht er näher auf die Wichtigkeit gewisser Nahrungsmittel ein, Milch und ihre Produkte, Eier, Blut, Fleisch, Fett, pflanzliche Nahrungsmittel sowie Genussmittel. Dazu kommen äusserliche Mittel, Luft, Licht, Hautpflege. Um nun der Rachitis vorzubeugen und sie richtig zu behandeln, bedarf es einer zweckentsprechenden Auswahl unter diesen therapeutischen Mitteln und Massnahmen. Zum Schluss schildert Verf. die Folgen unausgeheilter Rachitis und empfiehlt als Spezialmittel gegen diese Krankheit — ein veralteter Standpunkt — Phosphorkalkmilch und eventuell eine von ihm hergestellte Nährgelee (ein Bluteisenpräparat mit Gelatine). — F r e u d e n b e r g - Dresden.



Referate aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Soc. de l'internat zu Paris sprach am 26. Nov. 1907 nach der Rev. de théor. méd.-chir. (1. Jan. 1907, Heft 1, pag. 33) Dr. Reymond über **frühzeitige Hysterektomie wegen Gebärmutterkrebs**.

Redner erklärt, dass man viel weitgehender als man dies bisher zu tun gewagt habe, in der Uterusexstirpation verfahren solle. Jede nach Eintritt der Menopause sich zeigende Gebärmutterblutung solle als ein Frühsymptom von Krebs aufgefasst werden, sei es des Körpers oder des Halses, und das Organ daher sofort der Totalabtragung verfallen. So fand er entsprechend diesem Verhalten bei der mikroskopischen Untersuchung des exstirpierten Uterus ein Epitheliom des Körpers, welches gerade erst im Entstehen war und sonst noch nicht hätte diagnostiziert werden können. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.



Praktische Mitteilungen und Notizen.

Auch Prof. Dr. B r u n s, im städt. Obdach in Berlin, hat über **Thiopinol** Versuche bei Fissura ani mit sehr günstigem Erfolge angestellt, über die er in Bälde zu publizieren gedenkt. Er sowohl

wie Dr. Alexander haben bei diesem Leiden Thiopinol in Form von Sitzbädern angewendet. F r e u d e n b e r g - Dresden.

Dem Thiopinolbad, welches auch für die Frauenheilkunde Aufmerksamkeit verdient, werden die nachstehenden Vorzüge nachgerühmt.

1. der Schwefelgehalt an wirksamem Schwefel entspricht dem Gehalt der berühmtesten natürlichen Schwefelquellen (auf 200 Liter Wasser gerechnet).

2. Beim Thiopinolbade findet keine Schwefelwasserstoffentwicklung nach aussen hin statt, wohl aber in den Hautzellen.

3. Ohne Säurezusatz entsteht eine milchigweisse Emulsion von Schwefelmilch und ätherischen Ölen.

4. Das Thiopinolbad kann in jeder Badewanne, wie Zink-, Marmor-, Holz-, Steinzeug-, Zement- und gebrannt emaillierten Eisenwanne zu Hause genommen werden, ohne diese anzugreifen. Es schwärzt auch nicht die Wände und solche Gegenstände, welche mit Bleiweissfarbe angestrichen sind.

5. Das Thiopinolbad enthält neben Schwefel auch einen grossen Prozentsatz von Nadelholzölen, wodurch die Wirkung und der Heilerfolg gesteigert wird.

6. Einfache Herstellung.

7. Das Thiopinolpräparat zersetzt sich bei gutem Verschluss selbst nach Jahren nicht, wenn auch eine Kristallabscheidung stattgefunden hat. — F.

Als **antisypilitische Quecksilberbehandlung** empfiehlt Cronquist im Archiv für Derm. u. Syph., Nr. 86, 1907 Hydrargyrum cum creta (nach der schwedischen Pharmakopoe) als Schnupfpulver. Die Menge von 4 gr. teile man in 4 täglich zu nehmende Prisen ein. Eine Prise gleich nach dem Erwachen und eine vor dem Niederlegen sind unentbehrlich. Die Einziehung muss langsam geschehen und tief sein; nur selten darf man sich schneuzen. Das Auftreten von Nasenbluten nach Verlauf einiger Tage gilt als Indikation für eine Verringerung der Dosis.

Feuilleton.

Dificile est Satyram non scribere.

Von Dr. Mensinga I.

Wenn auch die Politik mir eine terra incognita, dagegen Sozialhygiene mein Hauptideal geblieben, mir, der ich in meinem Leben

Untertan von 12 Oberhoheiten gewesen, und daher in gewissem Sinne mehr kosmopolitische Empfindungen hege, so blicke ich doch zuweilen in die politischen Blätter hinein, um mehr oder weniger auf der Höhe zu bleiben, ohne mich irgendwie aufzuregen.

Da lese ich nun in den heurigen Reichstagsberichten eine Darlegung des Dr. H e i n z e in Dresden über die Lage des Anwaltstandes; er spricht: (nach der Flensburg. Nordd. Zeitung vom 31. Februar 1908).

„Ein guter Anwaltstand ist für unsere Rechtspflege von grosser Bedeutung; ein guter Anwaltstand kann aber nur gedeihen, wenn er in wirtschaftlich auskömmlichen Verhältnissen lebt. In dieser Beziehung gibt die Entwicklung der Dinge zu schweren Besorgnissen Anlass.

E r s t e n s ist unsere Gesetzgebung dem Anwaltstande nicht günstig gewesen. Die Unfallgesetze . . . usw.

Z w e i t e n s haben die wirtschaftlichen und die sozialen Zustände sich vom Anwaltstande mannigfach abgewendet usw. Unentgeltliche Rechtsauskunft nimmt immer mehr zu. Das ist freilich zu begrüßen, schadet aber dem Anwalte, und es ist doch mit grosser Genugtuung zu bemerken, dass der Anwaltsstand sich doch freudig in den Dienst unentgeltlicher Rechtsauskunft gestellt hat. Dagegen steigen die Ausgaben des Anwalts, die Lebensbedürfnisse verteuern sich, und der Stand der Bürobeamten ringt nach Besserstellung; — wie kann dieser Stand aber hochkommen, wenn der Anwaltstand geschwächt wird?

D r i t t e n s schwillt die Zahl der Anwälte besorgniserregend an usw.

Schliesslich aber müssen wir selbst den Entschluss fassen, bei Gestaltung neuer Justitzgesetze, so weit sich das mit dem Wohle der Allgemeinheit verträgt, auf den Anwaltstand Rücksicht zu nehmen.“

Unwillkürlich kam mir beim Lesen der Gedanke: Eines der ärztlichen Mitglieder d. R. spräche coram publico mit denselben Worten:

„Ein guter Ärztestand ist für unsere Gesundheitspflege von grösster Bedeutung; ein guter Ärztestand kann aber nur gedeihen, wenn er in wirtschaftlich auskömmlichen Verhältnissen lebt. In dieser Beziehung gibt die Entwicklung der Dinge zu schweren Besorgnissen Anlass.

E r s t e n s ist unsere Gesetzgebung dem Ärztestande nicht günstig gewesen, die Krankenkassengesetze usw.

Z w e i t e n s haben die wirtschaftlichen und sozialen Zustände sich vom Ärztestande mannigfach abgewendet usw., unentgeltliche ärztliche Auskunft wird immer mehr verlangt, das ist freilich zu begrüßen, schadet aber dem Ärztestande, und es ist mit grosser Genugtuung zu bemerken, dass der Ärztestand sich doch freudig in den Dienst unentgeltlicher Arzthilfe gestellt hat. Dagegen steigen die Ausgaben der Arztes: die Lebensverhältnisse verteuern sich, und die Anforderungen an Hilfsmitteln für die Praxis steigern

sich gewaltig und werden immer schwerwiegender. Wie können diese aber beschafft werden, wenn der Ärztestand geschwächt wird?

Drittens schwillt die Zahl der Ärzte besorgniserregend an usw.

Schliesslich müssen wir selbst den Entschluss fassen, bei Gestaltung neuer Sanitätsgesetze, soweit sich das mit dem Wohl der Allgemeinheit verträgt, auf den Ärztestand Rücksicht zu nehmen.“

Ich behaupte nun, dass der Ärztestand genau dieselbe fachgemässe Ausbildung erhalten habe wie der Anwaltstand und bei denselben Vorbedingungen das gleiche Recht besitzt.

Gleichwohl würde, wenn ein Arzt sich erdreistet hätte, die obige Rede zu halten, von allen Seiten ein Zetermordjo ausgestossen sein: Frechheit, — der Kerl ist verrückt, so was zu verlangen, mag er sich selbst helfen, Arzt hilf dir selber! — Das ist nun freilich schon angebahnt durch den Leipziger Verband, der freilich noch weit von staatlicher Anerkennung ist.

Vergleiche ich nun das Dasein des Anwaltstandes, soweit er mir im kleinen Kreise bekannt ist, wie etliche Mitglieder sich Luxusreitpferde, Lustkutter, Villen, ausserdem umfangreiche Bureauräume und andere kostspielige Liebhabereien, die freilich zuweilen auch mit Tod im Duell enden, erlauben können, mit dem Umstande, dass in Berlin z. B. eine ungemessene Zahl approbierter Ärzte kein Einkommen über 3000 Mk. hat, so fällt es mir schwer, keine Satyre zu schreiben — ja, ja, die Pflichten und Rechte des Ärztestandes sind nicht adäquat! Da sieht sich der Anwaltstand besser vor.



Literatur.

Bayer, Prof. Dr. Hch., Vorlesgn. u. allgem. Geburtshilfe. 1. Bd. Entwicklungsgeschichte u. Anatomie d. weibl. Genitalapparates. 20 Vorlesgn. m. 40 Taf. 3. Heft, Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane. Strassburg 08, Schlesier u. Schweikhardt.

20,00

Boursier, Prof. A., précis de gynécologie. Paris 08, Doin

12,00

Döderlein, A., B. Krönig, gynecologia operativa. Traduzione dei dottori L. Frassi e G. Zamorani sulla 2a ed. ultima ediz. orig. riv. ed. aumentata, con prefazione del prof. Luigi Mangiagalli. Parte I. Parte generale. Milano.

L'opera comp. leg. 35,00

Jordan, H., Nauka o poloznictwie dla uzytku uczniow i lekarzy. Krakau 08. (Die Lehre von der Geburtshilfe) polnisch.

24,00

Kritzler, Hans, d. Gynäkologie u.

Geburtshilfe, Ambroise Paré's. Histor. Skizze. 6 S. gr. 8°. Leipzig 08, Benno Konegen.

1,00

Pincus, Dr. Ludw., Constipatio muscularis s. traumatica mulieris chronica. (Sammlg. klin. Vorträge v. R. v. Volkmann, NF. H. 474–75.) Leipzig 08, J. A. Barth.

0,75

Rundschau, gynäkol., Zentralorg. f. Geburtshilfe und Frauenkrankheiten red. v. Dr. Osk. Frankl. 2. Jahrg. 1908. 24 Hefte. Wien, Urban & Schwarzenberg.

15,00

Runge, Assist. Dr. Ernst, Gynäkologie u. Geburtshilfe in ihren Beziehgn. z. Ophthalmologie. Leipzig 08, G. Tieme.

4,25

Stapfer, H., consultations sur la grossesse, l'accouchement, les maladies des femmes et les soins à donner aux nourrissons. Paris 08, Vigot frères.

10,00

Vinay, D. Ch., la ménopause. Paris 08, Gauthier-Villars.

3,00

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza.

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Aerzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg, Frauenarzt in Dresden.

Erscheint am dritten Freitag eines jeden Monats. — Vornanzubezahlender Preis für das ganze Jahr 18 Mk. direkt unter Kreuzband 18 Mk 80 Pf., für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 20 Mk. für's Ausland einzelne Hefte 2 Mk. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

Heft 7 (271).

Leipzig, 17. Juli 1908.

XXIII. Jahrg.

Inhalt: Originalien: **Block**, Juristische Zurechtstellung und Beantwortung. 290. — **Braun**, Über Scheidendesinfektion. 292. — **Spence**, Mastitis cystica chronica. 298. — Referate über Frauenheilkunde: **Moszkowitz**, Eine neue Lappenplastik bei Vesicovaginalfisteln. 301. — **Philippe**, Die Ligamentopexie bei grossen Genitalprolapsen. 301. — **Behm**, Scheidenspülrichter. 302. — **Kaufmann**, Fingerkurette zur Entfernung von Abortusresten. 303. — **Mandl**, Über das Epithel im geschlechtsreifen Uterus. 303. — **Fitch**, Behandlung uteriner Blutungen. 303. — **Jaeggy**, Die Kolpektomie nach Peter Müller. 304. — **Gallatia**, Behandlung der Ischias mit Beta-Eukain-injektion. 304. — **Rissmann**, Adstringentien. 304. — **Helstad**, Suprasymphysärer Faszienschnitt. 305. — **Heldenhain**, Beiträge zur Technik des Bauchschnittes. 305. — **Salkowski**, Eine neue Arsen und Phosphor enthaltende Eisenverbindung. 305. — **Jacoby**, Behandlung des Harndrangs. 306. — **Menge**, Behandlung der chronischen Endometritis. 307. — **Assmy** und **Rave**, Hageen, ein neues Quecksilberseifenpräparat. 308. — **Gerson**, Alkoholseifen. 309. — **Neuwirth**, Jothion in der Gynäkologie. 309. — **Neumann**, Gelenkrankheiten zur klimakterischen Lebensperiode. 310. — Referate über Geburts- und Säuglingspflege: **Lobenstine** und **Harras**, Sammelreferat. 311. — **Mashoe**, **Sondern**, **Pherson**, **Cushag**, Sammelreferat. 312. — **Boni**, L'ipertrofia longitudinale. 312. — **Opocher**, Per lo studio dei fibromiomi uterini. 313. — **Runge**, Puerperalfieber. 314. — **v. Bardeleben**, Venenunterbindung. 314. — **Bossi**, Künstliche Geburt. 314. — **Preiss**, Magendarmlutungen. 315. — **v. Herff**, Ophthalmoblenorrhoea gonorrhoeica. 315. — **Bäcker**, Pnobotomie. 316. — **Brüning**, Säuglingssterblichkeit. 317. — **Häberlein**, Meteorismus. 318. — **Falgowski**, Nierendekapsulation. 318. — **Schwab**, Wiederbelebung scheintot geborener Kinder. 318. — **Flatau**, Einschränkung des Leibschnittes. 319. — **Rühl**, Plazenta praevia. 319. — **Jakoby**, Über eine Steissgeburt. 320. — **Credé**, Meine Pelvioplastik. 320. — **Aach**, Nierendekapsulation. 321. — **Kosmak**, Subkutanes Emphysem. 321. — **Lobenstine**, Komplete Ruptur. 322. — **Goldsborough**, Die mütterliche Sterblichkeit. 322. — **Weisswange**, Kaiserschnitt. 323. — **Oberndorfer**, Heilung der Hebesteotomiewunde. 324. — **Voigt**, Sectio caesarea vaginalis. 324. — **Martin**, Geburt beim platten Becken. 324. — Rezensionen: **Bossi**, Ginecologia moderna. 326. — **Gudden**, Massensuggestion. 327. — **Nassauer**, Der Arzt. 328. — **Bayer**, Vorlesungen über allgemeine Geburtshilfe. 328. — **Bandeller**, Lehrbuch der spezifischen Diagnostik. 329. — Referate aus ärztlichen Gesellschaften. 330. — Praktische Mitteilungen und Notizen. 331. — Feuilleton: **Freudenberg**, Die Laufkur. 333. — Literatur. 336.

Nachdruck bedarf der Genehmigung des Verlegers — Referierung mit Quellenangabe erbeten. — Sonderabdrücke verboten.

Juristische Zurechtstellung und Beantwortung **der im 11. Hefte des „Frauenarzt“ von 1907 von Herrn Dr.** **Mensinga in Flensburg behandelten Frage: „Hat der Arzt** **das Recht, bei einer tuberkulösen schwangeren Frau im** **2. Monat den Abort einzuleiten?“**

Von Dr. jur. Block in Flensburg.

In dieser Zeitschrift ist im 11. Hefte des Jahrgangs 1907 eine Abhandlung unter dem Titel „Hat der Arzt das Recht, bei einer tuberkulösen schwangeren Frau im 2. Monat den Abort einzuleiten?“ erschienen. Einen Sonderabdruck dieser Abhandlung hat mir der Verfasser, freundlichst zur Verfügung gestellt.

Herr Dr. Mensinga bespricht in seinen Ausführungen, dass der Arzt in der Entscheidung der Frage, ob er den Abort einleiten solle, durch die Bestimmungen der §§ 218 und 222 des Reichsstrafgesetzbuches behindert würde, dass diese Gesetzesparagrafen die Freiheit der medizinischen Wissenschaft knebelten, welche es dem Arzt zur heiligen Pflicht macht, zur Errettung eines Menschenlebens nach eigenem Ermessen diejenigen Mittel anzuwenden, welche er aus Wissenschaft oder Erfahrung als das Beste kennen gelernt hat. Ich darf den Inhalt der Abhandlung als bekannt voraussetzen und möchte aus ihr zum besseren Verständnis des folgenden nur wiederholen, dass es sich um den besonderen Fall handelt, dass die tuberkulöse schwangere Frau durch Einleitung des Abortes vom sicheren Tode gerettet werden kann, dass sie aber ohne aktives Eingreifen des Arztes der Prognose gemäss unbedingt sterben muss. Entscheidet sich der Arzt zur Einleitung des Abortes, so bedroht ihn der § 218 St.-G.-B. mit Zuchthausstrafe bis zu fünf Jahren wegen Abtreibung, entscheidet er sich infolgedessen dazu, von der Einleitung des Abortes abzustehen, so hat er bei dem Tode der Frau, der ja dann unbedingt eintreten muss, gemäss § 222 St.-G.-B. wegen fahrlässiger Tötung eine Gefängnisstrafe bis zu fünf Jahren verwirkt. Denn die angezogenen Gesetzesbestimmungen lauten:

§ 218: Eine Schwangere, welche ihre Frucht vorsätzlich abtreibt oder im Mutterleibe tötet, wird mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren bestraft.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter sechs Monaten ein. Dieselben Strafvorschriften finden auf denjenigen Anwendung, welcher mit Einwilligung der Schwangeren die Mittel zu der Abtreibung oder Tötung bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat.

§ 222: Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft.

Wenn der Täter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, so kann die Strafe bis auf fünf Jahre Gefängnis erhöht werden.

Auf den ersten Blick hat es darnach den Anschein, als ob der Arzt wirklich mit Strafe bedroht würde, wenn er, seinem pflichtmässigen Ermessen gemäss handelnd, den Abort bei der schwangeren Frau einleitet und damit eine „lebensrettende Tat“ begeht. Ist das aber tatsächlich der Fall? Trifft der § 218 des Strafgesetzbuches in diesem Falle auf den Arzt zu, verbietet dieser Paragraph die Einleitung des Abortes zur Rettung des Lebens der Mutter? Diese Frage möchte ich zunächst besprechen.

Die Tatsache, dass das Strafgesetzbuch die junge Gynäkologie im Alter überragt, könnte allerdings zu der Ansicht führen, dass in einer Zeit, in der der Wissenschaft eine Abtreibung der Leibesfrucht zur Rettung des Lebens der Mutter noch unbekannt war, die Ausdehnung des § 218 auf jeden, der abtreibt, als angebracht erschien, dass aber jetzt, in einer Zeit, in der die Abtreibung ein Mittel zur Rettung eines Menschenlebens sein kann, die Bestimmung des § 218 eine grausame Härte für einen Arzt ist, der in der Einleitung des Abortes das einzige Mittel erkannt hat, seine Patientin am Leben zu erhalten. Die Strafvorschriften über die Abtreibung sind allerdings sehr alt. Das römische Recht kennt das Delikt seit einem Reskript der Kaiser Severus und Antoninus, auch das ältere deutsche Recht bestrafte die selber verübte Verletzung der Leibesfrucht. Das kanonische Recht und die Carolina, das unter Kaiser Karl V. erlassene Strafgesetzbuch, bedrohten die Abtreibung eines „foetus animatus“, einer lebendigen Leibesfrucht, mit dem Tode. Das Reichsstrafgesetzbuch überragt nun an Alter die neuesten Erfahrungen der gynäkologischen Wissenschaft nur um ein wenig, es stammt aus dem Jahre 1871, aber wenn das Strafgesetzbuch in seiner jetzigen Form auch Jahrhunderte alt wäre, so könnte doch der § 218 auf einen Arzt, der zur Rettung des Lebens der Mutter die Leibesfrucht abtreibt, niemals Anwendung finden. Es war deshalb bei den Revisionen und Abänderungen des Strafgesetzbuchs, wie solche in den Jahren 1875/1876, 1891, 1893, 1894 und 1900 stattfanden, eine Abänderung des § 218 nicht erforderlich. — Damit gestraft werden kann, damit ein Verbrechen vorliegt, müssen drei Erfordernisse erfüllt sein. Es muss

1. Die Handlung (bezw. Unterlassung) eines Menschen vorliegen;
2. die Handlung muss schuldhaft, d. h. vorsätzlich oder fahrlässig geschehen sein, und
3. die Handlung muss rechtswidrig sein, d. h. ein staatliches Strafgesetz verletzen.

Dass die Einleitung des Abortes durch den Arzt in unserem Falle eine Handlung ist, ist ohne weiteres klar. Diese Handlung ist auch eine vorsätzliche und der infolge der Einleitung des Abortes eingetretene und mit ihr bezweckte Erfolg, die Vernichtung des keimenden Lebens, vorsätzlich herbeigeführt. Die Handlung des Arztes ist somit auch schuldhaft, wenigstens im Sinne der objektiven Verschuldung. Man unterscheidet im Strafrecht die objektive und die subjektive Verschuldung. Die objektive Verschuldung besagt, dass der eingetretene Erfolg im Kausalzusammenhang stehen muss

mit der Handlung, während die subjektive Verschuldung darin besteht, dass die Handlung, welche den Erfolg herbeiführt, aus pflichtwidriger Willensbestimmung hervorgegangen ist. Eine subjektive Schuld in diesem Sinne trifft den Arzt aber nicht, da er ja gerade pflichtgemäss, nach bestem Wissen und Können, handelt, wenn er den Abort einleitet. Schon aus diesem Grunde kann meines Erachtens eine strafbare Handlung nicht in Frage kommen, doch soll hierauf kein entscheidendes Gewicht gelegt werden, da die Anschauungen über die objektive und subjektive Verschuldung bezüglich des Bewusstseins der Pflichtwidrigkeit nicht immer die gleichen sind.
(Schluss folgt.)



Über Scheidendesinfektion.

Von Dr. med. Robert Leopold Braun in Wien.

In den folgenden Zeilen mögen die Erfahrungen in Kürze niedergelegt sein, die ich mit einem Antiseptikum und Desinfizienz bei Frauen gemacht habe. Zur Veröffentlichung meiner Versuche glaube ich mich deshalb berechtigt, weil diese auf eine grössere Zahl von Krankengeschichten basieren und zweitens, weil sie sich auf eine längere Zeit erstrecken, so dass auch der Vorwurf, es handle sich um eine zu kurze Beobachtungsdauer, als dass man bei so schwierigen Fragen sich verlassen könnte, von vornherein widerlegt erscheint.

Es handelt sich um das von der Austriaapotheke in Wien in den Handel gebrachte Vaginol, das in Form eines elastischen durchsichtigen Gelatine-Suppositoriums von 4 cm Länge und 4 g Gewicht in Verwendung steht; es ist vollkommen geruchlos, beschmutzt die Wäsche nicht und hinterlässt auch keinerlei Flecke. Die Zusammensetzung ist folgende: Es werden in einer auf 80° überhitzten Gelatine, die schon vollkommen sterilisiert erscheint, von einer Lösung 1 : 2000 Oxycyanquecksilber, ferner eine 2%ige Sozodolnatriumlösung und endlich 0,5% Alumnol aufgelöst. Wir sehen mithin drei stark antiseptisch, adstringierend wirkende Körper in einer Grundsubstanz vereint, die sich dadurch sehr vorteilhaft von vielen in Verwendung stehenden derartigen Körpern unterscheidet, dass sich der durch die Eiweissfällung im Organismus und seinen Sekreten entstehende Niederschlag wieder vollständig auflöst, wenn er mit den schleimigen oder eitrigen Sekreten in Berührung tritt. Die im hygienischen Institute der Wiener Universität vorgenommenen Untersuchungen bringen nur eine Bestätigung dieser Voraussetzungen, und ich will mir erlauben, ganz kurz über diese Versuche zu berichten, da sie zum besseren Verständnis der später angeführten Tatsachen beitragen könnten. Zur Prüfung der antibakteriellen Kraft des Vaginols wurde ein sehr resistenter Stamm des auf künstlichen Nährböden gut gedeihenden, *Staphylococcus pyogenes aureus* als Test-

bakterium genommen; dadurch wurde auch ein strengerer Maßstab angelegt, als wenn man Gonokokken verwendet hätte, da die letzteren weniger widerstandsfähig als der Staphylokokkus. Dieser war, wie in jeder Versuchsreihe besonders kontrolliert wurde, so resistent, dass er in 1 % Karbolsäurelösungen erst nach Einwirkung von 100—110 Minuten abgetötet wurde. Liess man dann auf den gleichen Stamm das Vaginol einwirken, so wurde er durchschnittlich in 10 Minuten, oft auch in noch kürzerer Zeit, abgetötet. Es besitzt also das Vaginol starke antiseptische Eigenschaften, die wohl in erster Linie seinem Gehalte an oxycyansaurem Quecksilber zugeschrieben werden müssen. Das fällt übrigens um so mehr ins Gewicht, als das oxycyansaure Quecksilber trotz gesteigerter Desinfektionskraft weniger reizend auf Schleimhäute, Wunden und auf die Haut wirkt als das Sublimat. So hat Fresenius, Steinschneider und Schäfer (Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 1906) diese Wirkung nachgewiesen, indem sie zeigten, dass die widerstandsfähigsten Erreger, wie Streptokokken, in ihrer Keimfähigkeit vernichtet wurden. Picket (Über die Behandlung entzündlich-infektiöser Prozesse der weiblichen Scheide mit Vaginol, Ärztl. Standeszeitung, VI, 21. vom 1. XI. 1907) hat in einer grossen Reihe von gonorrhöischen Erkrankungen mehr oder weniger schwerer Form das Präparat verwendet und konnte stets eine Verringerung der Sekretion und Besserung der lokalen Beschwerden erzielen. Auch bei den nicht infektiösen Formen, die der Autor mit dem Vaginol behandelt hatte, deren Krankengeschichten in der erwähnten Arbeit etwas weiter ausgeführt erscheinen, waren die erreichten Erfolge sehr zufriedenstellend und zu weiteren Versuchen ermunternd.

Ich will nun auf meine eigenen Versuche übergehen, die ich behufs besserer Übersicht einer bestimmten Einteilung unterworfen habe. In die erste Gruppe will ich nur solche Fälle einreihen, bei denen es sich um nicht gonorrhöische Infektionen handelt, um Fälle, die man sehr häufig bei konstitutionell erkrankten, bei anämischen oder sonst etwas herabgekommenen Frauen antrifft oder bei denen durch eine sonstige Irritation sich ein Fluor mit Vaginitis und Vulvitis ausgebildet hatte. Es wurden von mir 8 derartige Fälle gesammelt, von denen ich einige kurze Krankengeschichten hier wiedergeben möchte.

1. Fall: 42 jährige Frau, stets gesund gewesen, nur immer etwas blass, erkrankte vor 6 Wochen an den Erscheinungen eines Fluor albus; da keinerlei therapeutische Massnahmen durchgeführt worden waren, bildete sich bald an der Vulva ein heftig juckendes Ekzem aus, das die eigentliche Ursache war, dass die Kranke ärztlichen Rat einholte. Die Untersuchung ergab eine deutliche Anämie, sonst die inneren Organe gesund, Harn von vollkommen normaler Beschaffenheit; starke Vulvitis und Vaginitis, Fluor albus; die genaue Untersuchung auf Gonokokken ergab wiederholt negatives Resultat, auch sonst war kein Anhaltspunkt für Gonorrhöe.

Die Therapie bestand in lauwarmen Sitzbädern und 3 Vaginol-suppositorien täglich. Nach 8 tägiger Behandlung war sowohl die

Vulvitis viel besser, ganz besonders auffallend war jedoch die Abnahme des Fluors, so dass man hoffen konnte, gänzliche Ausheilung zu erzielen, was allerdings nach weiteren 3 Wochen erreicht war. Vorsichtshalber wurde dann das Vaginol noch durch mehrere Wochen verwendet; da ich die Kranke stets in Beobachtung hatte, kann ich über den dauernden Erfolg in diesem Falle nur das Beste berichten.

2. Fall: 42 jährige Frau, stets gesund gewesen, niemals venerisch krank gewesen, leidet seit $2\frac{1}{2}$ Monaten an einem Fluor, der sie derart nervös gemacht hat, dass sich infolge dieser Störungen Appetitlosigkeit und Abmagerung eingestellt hatten. Die genaue körperliche Untersuchung ergibt eine etwas herabgekommene, sonst gesunde Frau; auch der Genitalbefund zeigt keine Abnormität. Blut- und Harnuntersuchung weist vollkommen normale Verhältnisse auf, so dass wir es, nachdem auch die Untersuchung des Vaginalsekretes jeden Verdacht auf eine Infektion ausgeschlossen hat, mit einem reinen Fluor albus zu tun hatten; die Menstruation war regelmässig, beschwerdelos, auf die Sekretion des Fluors ohne jeden Einfluss. Infolge des sehr reichlichen Sekretes in diesem Falle kam es zu einem heftig juckenden Ekzem am Introitus vaginae, die ganze Umgebung der Vulva war gerötet, zerkratzt und leicht ödematös, auch die Innenflächen beider Oberschenkel zeigten bereits den Beginn eines auf diese Hautpartien übergreifenden Ekzems. Es konnte daher unter solchen Umständen nicht wundernehmen, dass sich schwerere nervöse Störungen einstellten.

Die Behandlung der Patientin war anfangs mit sehr vielen, gebräuchlichen adstringierenden Mitteln versucht worden, doch ohne besonderen Erfolg. Es wurde nun noch ein Versuch mit dem Vaginol gemacht, und ich muss gestehen, dass ich nur mit grosser Skepsis und geringer Hoffnung auf Erfolg an die Behandlung dieses Falles herantrat. Um so angenehmer überrascht war ich, als das Gegenteil meiner Erwartung eintrat. Nach 8 Tagen des Vaginolgebrauches, — ich liess täglich mehrere Ausspülungen mit Lysoform machen und ausserdem 4—5 Zäpfchen einführen, — kam die Kranke mit Freude zu mir, um mir zu berichten, dass merkwürdigerweise schon am 5. Tage nach Beginn der Behandlung der Ausfluss bedeutend an Menge und Beschaffenheit sich geändert habe, seit gestern sei derselbe überhaupt sehr gering, ziemlich dünnflüssig und tue ihr auch nicht mehr so wehe. Die Untersuchung ergab auch tatsächlich eine leichte Abnahme des Ekzems. Um zu sehen, ob tatsächlich diese Wirkung dem Vaginol zuzuschreiben sei, liess ich durch 4 Tage aussetzen und alsbald traten die alten Erscheinungen wieder auf, so dass ich sofort wieder den Gebrauch der Zäpfchen anordnete. Nach vierwöchentlichem Gebrauche war völlige Heilung eingetreten. Auch die nervösen Beschwerden waren verschwunden, so dass die Kranke bald wieder ihr früheres Körpergewicht erlangt hatte.

Ich habe diesen Fall besonders ausführlich behandelt, weil er erstens deutlich und klar die Einwirkung eines Fluors auch ohne sonstige Störungen auf den Gesamtorganismus zeigt und weil er ebenso präzise die Wirkung des Vaginols beweist.

Wenn man bedenkt, wie hartnäckig gerade jene Fälle von Fluor albus sind, für deren Entstehen man in keinem Organe eine Veränderung nachweisen kann, so wird man mit Freude und Dank ein Mittel begrüßen, welches uns dem Ziele näher bringt; ich kann wohl nicht behaupten, dass das Vaginol ein unbedingtes Heilmittel sei, da unter den einschlägigen 8 Fällen sich einer befand, der dem Vaginol hartnäckigen Widerstand entgensetzte und auf keine Weise sich bessern liess, während in einem zweiten Falle die Erscheinungen sich bedeutend besserten, ohne jedoch vollkommen zu schwinden, in den übrigen 6 Fällen aber war die Heilung eine vollkommene, ganz einwandfreie und blieb auch in der Zukunft, da ich diese Kranken auch nach der Behandlung noch lange Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte.

Hatte es sich in diesen Fällen um einfache katarrhalische Ausflüsse gehandelt, umfasst eine zweite Gruppe meiner Versuche gonorrhöische Erkrankungen der Frau. Auch hier will ich zuuächst einzelne Krankengeschichten anführen.

3. Fall: 19jährige junge Frau, ganz kurz verheiratet, früher stets gesund gewesen, seit 2 Wochen mit heftiger Leukorrhöe behaftet. Die Untersuchung ergibt kräftige gesunde Frau, aus dem Zervixorifizium entleert sich ein weissliches, reichliches, eitrig untermisches Sekret, die Vaginalwände mit Schleim belegt und in der Vagina das gleiche Sekret, das Orificium urethrae und auch die Vulva lebhaft rot und bei Berührung mit Flüssigkeit sehr schmerzhaft. Die Untersuchung des Sekretes ergibt die deutlichen Zeichen einer gonorrhöischen Infektion mit zahlreichen Gonokokken.

Therapie: Täglich 2 Ausspülungen mit Lysoform und 4 Vaginol-suppositorien. Nach 14 Tagen Sekretion viel geringer, viel weniger eitrig, die früher stark geröteten und fast erodierten Stellen infolge der besseren Beschaffenheit des Sekretes fast normal; im Sekret noch reichliche Gonokokken. Fortsetzung der gleichen Behandlung. Nach weiteren 3 Wochen bedeutende Veränderung des Zustandes, die Sekretion erloschen, nur geringe Schleimmengen lassen sich bei der Vaginalspülung entleeren, aus der Zervix kein Pfropf mehr auszudrücken. Die Untersuchung des Sekretes ergibt keine Gonokokken. Prophylaktisch noch durch weitere 3 Wochen 2 Vaginol-zäpfchen täglich und eine Lysoform-Irrigation; kein Rezidiv, also vollständige, glatte Heilung.

4. Fall: 33jährige Privatbeamtensgattin, erkrankte vor 6 Tagen mit eitrigem Ausfluss, der in so reichlicher Menge sezerniert wird, dass die Patientin täglich zweimal Einlagen geben muss, trübem Harn, Brennen beim Urinlassen und Schmerzen in Vagina und an der Vulva. Die Untersuchung zeigt eine sonst kräftige gesunde Frau, Vulva stark gerötet, die Labien leicht ödematös und schmerzhaft, das Vaginalinnere mit schleimig eitrigem Sekrete gefüllt, nach Ausspülung sieht man das stark gerötete Orificium urethrae und auch das erodierte Orificium cervicis, ausgefüllt von einem schleimig eitrigen Pfropf. Harn trüb, mit Eiter untermengt, besonders in der ersten Portion, das Sekret enthält in reichlichster Menge Gonokokken.

Es handelte sich also um eine ziemlich frische heftige Gonorrhöe.

Behandlung: täglich wurden 2 Ausspülungen der Blase mit hypermangansaurem Kali. sowie zwei Scheidenspülungen mit derselben Flüssigkeit gemacht, sodann 4 Vaginalsuppositorien täglich zur Einführung verordnet. Es zeigte sich in 6 Tagen bereits eine bedeutende Besserung aller Erscheinungen, der Ausfluss war viel geringer und hatte viel von seiner virulenten Beschaffenheit verloren, die Untersuchung auf Gonokokken gab natürlich noch reichliche Mengen derselben, doch waren infolge der besseren Beschaffenheit des Sekretes die Reizerscheinungen an Zervix und Vaginalschleimhaut bedeutend zurückgegangen, daher auch das subjektive Befinden ein besseres war.

Unter fortgesetzter Vaginolbehandlung war nach weiteren acht Tagen die Besserung soweit fortgeschritten, dass man die Spülungen bedeutend reduzieren und täglich nur 2 Vaginolsuppositorien anzuwenden brauchte. Nach 5 Wochen seit dem ersten Behandlungstage konnte die Patientin als vollständig geheilt aus der Behandlung entlassen werden, zumal auch die Gonokokkenuntersuchung ein vollständig negatives Resultat ergab und die geringe Menge des Ausflusses sich als vollkommen steril erwies.

5. Fall: Als solchen möchte ich noch den einer 25 jährigen Frau L. M. anführen, der sich durch die ungemein rasche Wirkung auszeichnete. Dieser Fall ist zur Berichterstattung auch deshalb sehr geeignet, weil er vollkommen klar, einwandfrei und unkompliziert war.

Die Patientin war stets gesund gewesen, erkrankte vor 4 Tagen mit eitrigem sehr reichlichem Sekret aus der Vagina; Uretra und Blase frei, auch Zervix frei. Mikroskopische Untersuchung ergibt zahlreiche Gonokokken, es konnte also die Beschaffenheit der Erkrankung keinem Zweifel unterliegen. Als einzige therapeutische Massnahme wurde in diesem Falle nur das Vaginol verwendet, da ich mich überzeugen wollte, ob dieses Mittel allein imstande sei, die ganz frische akute Erkrankung zu heilen. Es wurden täglich drei Suppositorien angewendet. Nach Verlauf von 6 Tagen war der Fall als vollkommen geheilt zu betrachten, von Ausfluss oder Gonokokken keine Spur.

Ausser diesen drei Fällen wurden noch weitere 12 Gonorrhöen, teils frische, teils ältere Erkrankungen mit Hilfe des Vaginols behandelt; in zwei Fällen konnte ich auf diese Weise nicht zum Ziele kommen, in den anderen konnte meist im Verlaufe von 4—6 Wochen entweder ein tadelloser Erfolg erreicht werden oder die Besserung war sehr weitgehender Natur, so dass man auch mit diesem Effekt recht zufrieden sein konnte.

Diese mit dem Vaginol gemachten Erfahrungen, welche die stark bakterizide Eigenschaft des Mittels beweisen, mussten mir natürlich den Gedanken nahe legen, ob sich die Suppositorien nicht auch als bequemes Prophylaktikum gegen die gonorrh. Infektion verwenden liessen. Naturgemäss hält es schwer, derartige einwandfreie Versuche in grösserer Anzahl durchführen zu können, und im Verlaufe von fast vier Monaten konnte ich drei derartige Beobach-

tungen machen, die, wie ich glaube, als vollkommen einwandsfrei gelten können. Wegen der Gleichartigkeit der Fälle will ich nur einen genauer berichten.

Es handelte sich in dem Falle um Gonorrhoe des Mannes, die ziemlich frischer Natur war. Aus gewissen Gründen wollte die Frau den geschlechtlichen Verkehr nicht aufgeben und es wendeten sich daher beide Teile um Rat an mich. Da ich eben mit den Vaginolversuchen beschäftigt war, entschloss ich mich, in diesem Falle die prophylaktische Kraft des Mittels zu versuchen. Während ich die Gonorrhoe des Mannes in entsprechende Behandlung nahm, verordnete ich der Frau, vor jedem Koitus einige Minuten vorher ein Vaginolzapfchen einzuführen. Meine Vorstellung war die, dass dieses Zapfchen bei seiner Lösung im Vaginalsekret kontinuierliche bakterizide Kräfte entwickeln könnte, welche die bei der Kohabitation in die Vagina gelangenden Infektionskeime sofort vernichten und auf diese Art möglicherweise eine Infektion hintanhaltend würden.

Meine Voraussetzung wurde in diesem und den beiden anderen ähnlichen Fällen nicht enttäuscht. Da ich sowohl den Mann als auch die Frau in Beobachtung hatte, konnte ich das Resultat genau überwachen. Es erfolgte absolut keine Infektion, selbst nach wochenlang täglichem geschlechtlichen Verkehr.

Leider konnte ich keinen Fall erreichen, bei welchem das umgekehrte Verhältnis, infizierte Frau, infektionsfreier Mann, bestanden hätte.

Wenn auch die Zahl der Beobachtungen eine geringe ist, aus der man gewiss noch nicht die Berechtigung hat, bindende Schlüsse zu ziehen, so muss man doch sagen, dass es kein Zufall ist, dass gerade diese drei Fälle, die zur Beobachtung kamen, der Prüfung standhielten. Es dürfte sich daher in jedem Falle empfehlen, das Vaginol als Prophylaktikum gegen die Infektion anzuraten; wenn man auch nicht bedingungslos einen sicheren Erfolg verbürgen kann, so ist dennoch die Hoffnung gerechtfertigt, dass man auf diese Weise viele Infektionen auf einfache und bequeme Art hintanzuhalten imstande ist.

Anhangsweise möchte ich mir noch erlauben, über einige Versuche kurz zu berichten, die sich an die eben angeführten insofern anschliessen, als sie ebenfalls die Wirkung des Vaginols als Prophylaktikum beleuchten können, nämlich als Antikonzipiens. Auch da ist die Erkenntnis der Wirksamkeit ziemlich schwierig, doch unter günstigen Versuchsbedingungen immerhin ermöglicht. Ich will gleich hier einen Fall anführen, den ich seit mehreren Monaten zu beobachten Gelegenheit habe und der sehr für die Möglichkeit spricht, das Vaginol den besten antikonzeptionellen Mitteln an die Seite zu stellen.

Es handelte sich um einen 38 jährigen Schriftsetzer, der seit 9 Jahren verheiratet war und bereits 5 Kinder hatte, vollkommen gesund und wie die Untersuchung ergab, vollständig zeugungsfähig war, ebenso liess die Untersuchung seiner Frau keinerlei Abnormität erkennen. Diese Leute wendeten sich nun an mich mit der Bitte, ihnen ein Antikonzipiens an die Hand zu geben, da ihnen selbst-

redend ein weiterer Zuwachs in sozialer Hinsicht sehr nachteilig hätte sein müssen.

Deshalb gab ich der Frau das Vaginol mit der Anweisung, dasselbe vor jedem Koitus einzuführen und einige Sekunden bis zur Lösung zu warten.

Es sind nun seit dem Beginne der Verwendung der Suppositorien bereits vier Monate verstrichen, ohne dass trotz regen geschlechtlichen Verkehrs und ohne Verwendung einer anderen Vorbeugungsmassregelung es zu einer Konzeption gekommen wäre; allerdings wurde das Vaginol gewissenhaft und regelmässig in Verwendung genommen.

Ein zweiter Fall bestätigte diese erste Erfahrung und wenn wir betrachten, dass die Spermatozoen viel empfindlicher sind, als die Bakterien, so muss uns diese Wirkung einleuchtend erscheinen. Man kann daraus nur soviel erkennen, dass das Vaginol sich in der Vagina vollkommen löst und dann alle Fugen und Falten und auch das Orificium cervicis mit der desinfizierenden und bakteriziden Lösung erfüllt, so dass die Bakterien und Spermatozoen zugrunde gehen müssen. Diese beiden Fälle ermuntern gewiss zu weiteren Versuchen, zumal das Vaginol, wie die bisherigen Versuche und Untersuchungen und auch meine eigenen Beobachtungen ergeben haben, ein auch bei längerer und sogar langer Anwendungsdauer vollkommen unschädliches, reizloses Mittel ist; auch die eventuelle Gefahr einer Entzündung der Mundschleimhaut durch die Quecksilberverbindung muss eine minime sein, denn in allen meinen Fällen konnte ich nicht ein einziges Mal eine derartige Veränderung sehen.

Alles in allem genommen dürfte daher das Vaginol in Kürze einen guten Platz in der Reihe der erfolgreich wirkenden Medikamente einnehmen.



Mastitis cystica chronica.

Von Dr. John Speese,*)

Lehrer an der Universität von Pennsylvania.

Deutsch von Dr. Freudenberg - Dresden.

Die Aufmerksamkeit der Chirurgen ist auf diese Erkrankung zuerst durch die Veröffentlichungen von König, Reclus und Schimmelbusch hingelenkt worden. In jüngster Zeit jedoch haben die Studien Greenough, Hartley und Warren weiter erklärende und anregende Beiträge geliefert. Obwohl nun der Verf. gegenüber den seitens der letztgenannten Autoren erhaltenen Resultaten vom pathologischen Standpunkt aus neuere Daten von grösserer Wichtigkeit nicht zu erbringen imstande ist, so hält er die

*) University of Penna. Medical bulletin, Vol. XX. January, 1908, pag. 252.

RE
LIBRARY
nachfolgenden Mitteilungen in Anbetracht der Bedeutung und Häufigkeit der in Rede stehenden Erkrankung (13% aller Brustaffektionen) dennoch für veröffentlichungswert.

Zu einem vollständigen Verständnis der Pathologie dieser Krankheit ist es erforderlich, die Veränderungen zu kennen, die in einer normalen Brust während deren Involutionszeit vor sich gehen, denn diese beiden Vorgänge hängen auf das innigste miteinander zusammen. Als eine Teilerscheinung des Aufhörens der Sexualfunktionen zu jener Zeit finden wir die sezernierenden Elemente der Brustdrüse in einer Involution begriffen. Begleitet ist dieselbe von einer ausgedehnten Wucherung des interglobulären Bindegewebes, von dichter Beschaffenheit und arm an Zellen. Die interglobulären Gewebshypertrophien verursachen durch ihre Kontraktion Atrophie der Drüsen- und Fettgewebe, während zur selben Zeit das charakteristische periazinöse Gewebe der Mamma einer hyalinen Degeneration anheimfällt und verschwindet. Bis dahin kann dieser Prozess als ein physiologischer angesehen werden. Bei einem derartigen Organ aber bedarf es nur eines geringfügigen Anstosses, um eine Abnormalität hervorzurufen, die eine schwere pathologische Läsion im Gefolge hat. Warren hat mit dem Namen „abnorme Involution“ die Reihe von Veränderungen bezeichnet, welche zu der gewöhnlich als „chronische kystische Mastitis“ bezeichneten Erkrankung zu führen pflegen, und diese Abweichung vom Normalen wurde eingehend von Greenough und Hartley (Journal of med. Research, Juni 1903) studiert. Beide Verff. nehmen an, dass das Wachstum des Bindegewebes, welches sich in einer der anormalen Involution unterliegenden Brust einstellt, und die kystischen Veränderungen, welche in den Duktus und den Azinis infolge von Obstruktion durch Gewebsverdickung Platz greifen, nicht so wichtig seien, als der Effekt, den dieser Vorgang auf das Mammaepithelium ausübt. Das letztere wird wegen der Kystenbildung unbeständiger, als es normalerweise ist und zu einer ausgedehnten Proliferation geneigt. In manchen Fällen überschreitet diese Proliferation nicht die Grenzen, binnen derer noch immerhin von einem gutartigen Prozess geredet werden kann, in andern aber, ungefähr in 12—16% der Fälle, ist die Epithelhyperplasie so hochgradig, dass die Diagnose auf maligne Degeneration gestellt werden muss.

G. und H. sehen die Proliferation des Epithels als eine reaktionäre Hyperplasie unter anormalen Bedingungen an. Einige Autoren beschreiben die Krankheit als eine deutliche Geschwulstbildung, andere messen ihr einen entzündlichen Charakter bei. Die letztere Anschauung wird allerdings durch den pathologischen Befund nicht gestützt. Man hat zwei Formen dieser Erkrankung, mit etwa gleicher Häufigkeit des Vorkommens, beschrieben: 1. Die Spielart mit deutlich kystischem Charakter, 2. die proliferierende Gruppe, bei der das Epithel der Kysten hyperplastisch ist. Histologisch ist die proliferierende Form in 3 Unterabteilungen zu teilen: a) die Fälle, in denen sich die epitheliale Proliferation auf die Azini erstreckt, b) solche, bei denen deutliche Papillen in den Kysten auftreten, c) Fälle mit der Bildung von adenomatösen Herden. Bei den Fällen

mit adenomatöser Proliferation finden wir am deutlichsten die Neigung zur bösartigen Entartung und, wie sich hiernach leicht versteht, Karzinom mit vorwiegend glandulärem Typus. Da die Charakteristika dieser Gruppen nur vermittle der mikroskopischen Untersuchung sichtbar sind und da die Fälle symptomatisch mit andern Formen der Krankheit übereinstimmen, so ist ein weiteres Eingehen auf die histologischen Unterschiede hier nicht nötig.

Selbst wenn die epitheliale Proliferation hinreichend gross geworden ist, um bei der histologischen Untersuchung als karzinomatös bezeichnet zu werden, so sind doch die Symptome nicht hinreichend deutlich, um bei frühen Fällen diesen Zustand augenscheinlich zu machen. Es kann daher als Regel angenommen werden, dass ein operativer Eingriff und ein eingehendes mikroskopisches Studium des entfernten Mammagewebes bei der chronischen kystischen Mastitis stets angezeigt sind. In den Fällen, welche im Universitätshospital operiert worden sind, konnte der bösartige Charakter der Krankheit nur in einem einzigen Falle mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erkannt werden, ehe die Operation ausgeführt worden war.

Für den groben Augenschein ist das erkrankte Gewebe der Regel nach dadurch charakterisiert, dass es aus einer dichten, weissen Masse von fibrösem Gewebe besteht, welches Kysten von wechselnder Grösse enthält. In der Mehrzahl der Fälle ist der grössere Umfang der Mamma beteiligt, wiewohl der Prozess gelegentlich auch ganz zirkumskript vorkommt. Die Induration ist manchmal einem Karzinom nicht unähnlich, und in einem Falle der von mir nachstehend berichteten Reihe wurde die Diagnose einer bösartigen Geschwulst nach dem groben Augenschein gestellt, aber nachher durch die mikroskopische Untersuchung keineswegs bestätigt. Die Kysten stehen oft unter erheblicher Spannung. In bezug auf ihren Umfang schwanken sie von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu der eines Eies. Ihr Inhalt ist gewöhnlich klar, obwohl eine Verfärbung der Flüssigkeit nicht gerade als Seltenheit gelten kann.

Die Krankheit stellt sich meist bei Frauen ein, die sich der Menopause nähern. Bisweilen jedoch kommt sie auch bei jungen Weibern vor. Im Fall XII betrug das Lebensalter erst 20 Jahre. In der Regel wird die verhärtete Partie der Mamma erst durch einen Zufall entdeckt und, wenn sie nun von diesem Zeitpunkt ab in Obacht genommen wird, so stellt sich ihr Wachstum als ein langsames heraus. Zeitweilig jedoch ist eine bemerkenswerte Zunahme des Umfanges dieser Kysten zu beobachten, die, wenn sie nicht von irgend einer Absonderung aus der Brustwarze begleitet ist, wohl geeignet erscheint, den Verdacht hervorzurufen, dass der Prozess ein maligner geworden ist. Die indurierte Stelle der Brust liegt gewöhnlich, falls sie nicht diffus ist, in dem obern äusseren Quadranten der Mamma. —

(Schluss folgt.)



Referate über Frauenheilkunde.

Eine neue Lappenplastik bei Vesikovaginalfisteln. Von Primararzt Dr. L. Moszkowitz. Z. f. Gyn., No. 3, 1908.

Die von dem Verf. vorgeschlagene und durch eine Krankengeschichte als praktisch erprobt nachgewiesene Operation ist eine Lappenplastik, die sich von den bisher üblichen dadurch unterscheidet, dass die Lappen nicht über den Defekt geschoben, sondern vollkommen in den Defekt umgeklappt werden, so dass ihre mit Epithel bekleidete Fläche gegen die Blase, die Wandfläche gegen die Vagina zu liegen kommt. Dabei wird durch die Fistelöffnung ein Lappen in die Blase hineingeklappt, der grösser ist als der Defekt; der Blaseninhalt presst daher den Lappen wie ein Ventil gegen die wundgemachten Fistelränder. Die Anheilung des Lappens kann noch weiter gesichert werden, wenn ein ähnlicher Lappen aus Blasenschleimhaut gebildet, aus der Blase herausgeklappt und auf den ersten Lappen genäht wird. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Ligamentopexie bei grossen Genitalprolapsen. Von Dr. A. Philippe. L. Scalpel, No. 42, 1907. Besprochen Revue de thér. méd. chir., 15. Januar 1908, Heft 2, pag. 69.

Die kleinen Eingriffe am Damm, welche nur gegen leichtere Vorfälle gerichtet sind, beiseite lassend, untersucht der Verf., welche Wege uns offenstehen zur Behebung von Prolapsen, bei welchen der Uterus in oder vor der Vulva steht. Die Alexander'sche Operation, selbst modifiziert von Citadini, fixiert die Gebärmutter zu tief und zu nahe an der Vulva. Die Hysteropexia abdominalis ist erst nach der Menopause zu empfehlen. Denn hat sie nicht schon Aborte und selbst Uterusrupturen hervorgerufen? Man tut deshalb gut, auf die Ligamentopexie von Beck zu zu kommen. Dieser lagert der Frau nach Trendelenburg und öffnet das Abdomen in der Medianlinie. Er löst dann vom Peritoneum durch einen Schnitt in der Achse das Ligamentum rotundum bis zum Leistenkanal ab und erschliesst die Peritonealwunde. Das aufgeschobene runde Mutterband wird jetzt in die Bauchwunde gebracht und man vernäht hinter ihm Peritoneum und Muskeln, alsdann die Haut gesondert, indem man damit das Ligament und, wenn nötig, beide Ligamente zusammenfasst. Auf diese Weise wird die Gebärmutter an die Wand geheftet, wie man ein Gewehr an einem Riemen hängen hat.

Der so behandelte Uterus bleibt beweglich. Höchstens eine Eiterung könnte den Erfolg verkümmern. P. hat folgende Modifikationen eingeführt: einleitende Behandlung durch Reduktion des Uterus, aufrecht erhalten durch eine Scheidentamponade, Heilung der Ulzerationen der Mukosa etc. Wenn erforderlich, Amputation des Kollums und Kürrettement. Im zweiten Zeitabschnitt genügende mediane Bauchinzision. Elevation des Uterus, aufrecht erhalten mit den Fingern eines Assistenten. 5—6 cm von den Gebärmutterhörnern entfernt, Sektion der runden Ligamente zwischen zwei

Pinzetten. Diese Ligamente werden von den breiten Mutterbändern frei gemacht. Es ist nicht unbedingt nötig, diese peritonealen Wunden zu schliessen. Alsdann wird eine Köcher'sche Pinzette eingeführt, einen Finger breit vom Rand der Wunde, und somit von aussen nach innen ausser der Haut die Wand in allen Schichten durchbohrt.

Einmal in der Bauchhöhle, öffnet man sie, um den Stumpf des korrespondierenden Ligamentes in Verbindung mit dem Uterushorn zu bringen. Ein Seidenfaden befestigt das Mutterband kräftig an der Wandung. Der Rest des Ligaments wird durch ziemlich oberflächliche Nähte an der äusseren Fläche der Aponeurose fixiert. Schluss der Bauchwunde durch Nähte in drei Etagen. Scheidentamponade mit Jodoformgaze. Die Operierte bleibt etwa 4 Wochen lang zu Bett. Indes ist es erforderlich, später noch eine Kolporrhaphie und Perineorrhaphie vorzunehmen, welche die Stützorgane wiederherstellen, auf welche die erstausgeführte Operation ohne Einfluss ist. Diese Serie von Operationen ist nur da gerechtfertigt, wo es sich um schwerere Fälle handelt, welche eine störende Arbeitsunfähigkeit bedingen.

Der Verf. spricht sich über die erzielten Resultate sehr lobend aus. Er vindiziert den in der angegebenen Weise verkürzten und an der Wand fixierten Aufhängebändern die Fügigkeit, dem Uterus während einer späteren Schwangerschaft zu folgen, was sich mit der festen Anheftung der Uterushörner mit Seide nicht verträgt. Die Gefahr bleibt also dieselbe, und vielleicht wird man besser tun, sich bis zur Menopause Palliativmittel zu bedienen. Wenn die Bauchwunde eitert, würde ihre Fixation ausserhalb der Medianlinie die ligamentären Nähte schützen. Es scheint, dass dieses Verfahren wesentlich besser ist, weil es den Uterus an dickere Stellen der Wand fixiert als an die weisse Linie. Was die Eiterung anbetrifft, so tritt sie gewöhnlich in der Form eines Herauseiterns der starken Seidenfäden auf, welche viele deshalb überhaupt gar nicht anwenden. —

Freudenber g - Dresden.

Scheidenspültrichter (mit einfacher Rohr auch für jede Art Klistiere zweckmässig, namentlich für Bleibeklistiere).

Von San.-Rat Dr. Behm, Frauenarzt in Berlin. Z. für Gyn. No. 12, 1908, pag. 395.

Verf. beschreibt einen von ihm konstruierten Scheidenspültrichter, der sich durch seine universale Anwendbarkeit und Handlichkeit auszeichnet. Der Druck der Wassersäule lässt sich durch Heben und Senken sowie durch zeitweiliges Verengern des Abflussschlauches beliebig regulieren. Der Trichter ist in 2 Teile zerlegbar (Hartgummischutztrichter und doppelzweiläufiges Glasspülrohr mit grösserem Zufluss und geringerem Abfluss.) Den Spülbirnen sowohl als auch den Heisswasserspülspekulis durch seine Form überlegen, lässt es sich zweckmässig zu jeder Art von Klistieren verwenden und gestattet eine vollkommene Desinfektion. Dabei ist der Preis (2 M.) ein sehr niedriger. Hersteller ist M. Pech, Berlin W. 35, am Karlsbad No. 15. —

Freudenber g - Dresden.

Eine Fingerkürette zur Entfernung von Abortusresten. Von Dr. S. Kaufmann, prakt. Arzt in Bad Dürkheim. Z. f. Gyn., No. 12, 1908, pag. 409.

K. hat eine Fingerkürette herstellen lassen, die über den Finger geschoben und am Handgelenk befestigt wird. Sie ersetzt gewissermassen einen schabenden Fingernagel. Dabei ist die Kontrolle der tastenden Pulpa gewahrt, der Druck (keine Perforation) minimal und Anti- resp. Asepsis gewahrt. Das Instrument überragt den kurzgeschnittenen Fingernagel nicht um mehr als 2 mm. Hersteller ist Franz Bosset, Freiburg in Baden.

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über das Epithel im geschlechtsreifen Uterus. Von Prof. Dr. Ludwig Mandl in Wien. Z. f. Gyn. No. 13, 1908, pag. 425.

Verf. hat im Wiener histologischen Institut umfangreiche Tierversuche gemacht und dabei festgestellt, dass das Epithel der Uterusschleimhaut durchaus nicht immer ein flimmerndes ist. Aber auch wenn es flimmernd vorgefunden werde, könnten sich noch streckenweise Stellen finden, in welchen die Zellen der Zilien entbehrten. Bei Tieren sei das Epithel nur zu gewissen, sehr beschränkten Zeiten flimmernd. Auch in der Tube sei das Flimmerepithel kein kontinuierliches und zwischen den Flimmerzellen lägen sekretoriale Zellen eingestreut. Das Flimmerepithel im Uterus zeige zurzeit, wo es nicht flimmernd ist, sekretorische Tätigkeit. Mithin besitzt dieses Epithel eine zweifache Funktion.

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Bedeutung und Behandlung uteriner Blutungen. Von Dr. W. E. Fitch, Lecturer on Surgery, Fordham University School of Medicine, New-York. Gaillard's Southern Medicine, März 1908.

Verf. klassifiziert zunächst diejenigen Fälle von pathologischen Erscheinungen des Uterus, bei denen Blutungen aufzutreten pflegen. Dann verweist er darauf, dass man in sehr vielen dieser Fälle auf eine konservative Behandlung angewiesen ist. Unter den in Betracht kommenden Arzneimitteln schätzt er am meisten das Styptol, das er seit zwei Jahren in einer der grössten Kliniken für Frauenkrankheiten New-Yorks ständig anwendet.

Es werden einige Fälle von Endometritis mit Metrorrhagie, Dysmenorrhoe mit Menorrhagie, Uterus-Fibrom, Salpingo-Oophoritis und Hämorrhagie nach Abortus angeführt, die alle in prompter Weise auf Styptol reagierten. Bemerkenswert sind die zahlreichen Fehlgeburten in den Fällen, in denen nachträglich Styptol zur Anwendung kam. So hatte eine Patientin 2 Kinder, 2 Fehlgeburten, eine andere 10 Geburten und 8 Fehlgeburten, eine weitere 2 Kinder und 6 Fehlgeburten. Von besonderem Interesse war auch ein Fall von Dysmenorrhoe mit Menorrhagie, in dem ein Kürettement erfolglos geblieben war, während auf Styptol schnelle Besserung eintrat und die Menses normal wurden. Der Verf. empfiehlt auf Grund seines zweijährigen grossen Beobachtungsmaterials das Styptol bei Störungen der Menstruation inklusive Dysmenorrhoe, Menorrhagie mit Metro-

rrhagie, ferner bei Metritis und Endometritis und anderen kongestiven Erkrankungen des Uterus. — Dr. F.

Die Kolpektomie nach Peter Müller. Von Dr. E. Jaegg y, Bern. Gynäk. Rundschau 21. Heft, 1907.

Peter Müller teilte seine Methode der Prolapsoperation in Frankfurt im Jahre 1896 der deutschen naturforschenden Gesellschaft mit. Später berichtete Wormser über 8 Fälle mit absolut günstigem Erfolg. Biehli stellte 25 Fälle zusammen, worunter ein Todesfall an Sepsis. Das theoretische Bedenken, es müsse sich nach völligem Verschluss der Gebärmutter eine Hydrometra entwickeln, hat sich in der Praxis in keinem der etwa 60 Fälle der Berner Klinik bewahrheitet.

Geeignet für die Kolpektomie sind die Vorfälle alter Frauen in der Menopause. Man tut gut, sich von der Patientin und deren Ehemann zusichern zu lassen, dass auf den Beischlaf verzichtet wird. Bedingung ist, dass sich der Uterus ganz oder zweidrittel in die Vulva herunterziehen lässt.

Bei leichtem Katarrh schicke man eine Abrasio und Karbolsäureinjektion voran, bei starkem Katarrh ist auf die Operation zu verzichten. Die Operation ist leicht, kurzdauernd und sicher. Die genaue Technik lese man im Original nach. —

B o h n - Chemnitz.

Behandlung der Ischias mit Beta-Eukain-injektion. Von Dr. E. Gallatia, Laibach. Ibidem.

Verfasser berichtet über drei mit günstigem Erfolge behandelte schwere Fälle von Ischias, die er nach dem Vorgange von Lange mit 1‰ Eukain in Verbindung mit 0,8‰ NaCl behandelte. Injiziert wurde mit einer 10 g fassenden Spritze zwischen Trochanter und Sitzknorren. Die Schmerzen am Oberschenkel liessen nach 2—3 Injektionen nach, dagegen erwies sich der N. peroneus als sehr resistent. Es wurde nun am Fibulaköpfchen der Peroneus aufgesucht und jeden zweiten Tag 10 g injiziert.

Im allgemeinen scheinen 70—100 g der Injektionsflüssigkeit zu genügen, um auf längere Zeit die Schmerzen zu bannen. Wie lange oder ob dauernd die Ischias keine Symptome macht, lässt sich noch nicht feststellen.

B o h n - Chemnitz.

Adstringentien und prophylaktische Scheidenspülung. Von Dr. P. Rissmann, Osnabrück. Gynäk. Rundsch., 19. Heft 1907.

Scheidenspülungen werden von vielen Geburtshelfern bei übel riechenden Ausflüssen, vor operativen Massnahmen, bei Fieber unter der Geburt vorgenommen. Mehr als antiseptische Mittel leisten die Silbersalze. Da das normale Scheidensekret sauer ist, so wird theoretisch den sauren Adstringentien der Vorzug gegeben werden müssen. Die Praxis bestätigt es. Milchsäure und Holzessig haben geringen Erfolg, etwas besser wirkt 1‰-Argentaminlösung, am besten 1/2‰-Alsol oder 10‰ Jodtrichlorat. Die saure Spüllflüssigkeit alteriert

das normale Sekret nicht, schädigt das Epithel nicht und entfernt doch schädliche Organismen aus den Geburtswegen. —

Bohn - Chemnitz.

50 Fälle von suprasymphysärem Faszienquerschnitt nach Pfannenstiel. Von Dozent Dr. Helstad in Kopenhagen. Z. f. Gyn., No. 8, 22. Februar 1908, pag. 248.

Verf. führt aus, dass der Faszienquerschnitt versuchsweise bei der Wertheim'schen Krebsoperation mit ziemlich gutem Erfolge angewendet worden sei; ihn aber als Normalmethode an der Kopenhagener Klinik einzuführen, habe man sich nicht veranlasst gesehen, da man sich die Möglichkeit offen halten wollte, den Längsschnitt ad libitum zu verlängern. Bei eitrigen Prozessen scheine es, dass die Bauchwunde beim Querschnitt leichter infiziert werde, als beim Längsschnitt. Bei tuberkulösen Genitalerkrankungen, selbstredend vor allem bei der Peritonitis tuberkulosa, sei der Querschnitt direkt kontraindiziert. Bei Ovarientumoren hänge die Frage davon ab, ob der Operateur grundsätzlich die Punktion der Ovarientumore ablehne. Im übrigen bleibe eine grosse Zahl von Fällen zurück, in denen der Pfannenstielsche Schnitt indiziert sei und vor der Längsinzision Vorteile aufzuweisen habe.

Freudenberg - Dresden.

Zwei kleine Beiträge zur Technik des Bauchschnittes. Von Prof. Dr. L. Heidenhain. Z. f. Gyn., No. 2, pag. 33, 1908.

Zur Entfernung eiternder Tumoren schlägt Verf. vor, in einzelnen Fällen eine vereiterte Kyste erst einzunähen und erst zu inzidieren, wenn allseitige Verwachsung erfolgt ist. So wird vermieden, dass purulenter Inhalt in die Peritonealhöhle gelangt. In anderen Fällen empfiehlt sich eine vollständige Umstopfung des Tumors mit Gaze, ehe man ihn öffnet. Wichtig ist auch eine genügende Inzision und sorgfältige Austupfung der Kyste, ehe man sie entfernt. Sorgt man in dieser Weise für unschädliche Entleerung des Eiters, so lässt sich manchmal, wenn man zugleich für gute Übersicht Sorge trägt, konservativ verfahren.

Von grosser Bedeutung ist ferner die Rechlagerung des grossen Netzes vor Schluss der Bauchhöhle. Zieht man bei Operationen das Netz nicht herunter und lagert man es nicht vor die Dünndärme, so kann dies leicht zu Verwachsungen der Darmschlingen und zu einer späteren Obstruktion führen. Am besten befestigt man das Netz mit etlichen Nähten am Peritoneum parietale der Unterbauchgegend. Dort sind Netzhäsionen belanglos gegenüber Dünndarmadhäsionen. Auch eignet sich das grosse Netz trefflich zur Deckung umfanglicher Defekte des Peritoneum parietale. —

Freudenberg - Dresden.

Über eine neue Arsen und Phosphor enthaltende Eisenverbindung. Von Prof. Dr. E. Salkowski, Geh.-Med.-Rat. Berliner Klin. Wochenschr. 1908, No. 4.

Von dem Verf. wurde eine Eisenverbindung mit organisch ge-

bundenem Phosphor und Arsen dargestellt. Das Mittel kommt in einer Mischung mit Triferrin als Arsen-Triferrin bzw. als aromatische Lösung „Arsen-Triferrol“, in den Handel. Die Prüfung in der Sena'tor'schen Poliklinik zu Berlin durch Prof. Mosse ergab, dass das Mittel als internes Arsen-Eisen-Präparat Achtung verdient. — R.

Die Behandlung des Harndrangs bei den verschiedenen gynäkologischen Affektionen mit Santyl.

Von Dr. M. Jacoby, Frauenarzt, Mannheim. Mediz. Klinik, 1908., No. 11.

Eines der häufigsten Symptome, welche die Patienten zum Frauenarzt führen, ist der Harndrang; im allgemeinen kann man sagen, dass Harndrang auf Zystitis hinweist, jedoch gibt es einen grossen Teil von Erkrankungen, die Harndrang hervorrufen, ehe es oder ohne dass es zum Ausbruch der Zystitis kommt; erwähnt seien Tumoren des Uterus und der Adnexe, para- und perimetrische Exsudate, Hämatozelen bei Extrauterin gravidität, kurz alle Ursachen, welche einen mechanischen Druck auf die Blase ausüben. Tritt die Raumbeschränkung plötzlich ein oder doch in wenigen Tagen, so treten die Erscheinungen von seiten der Blase sehr in den Vordergrund.

Ausserdem können die Tenesmuserscheinungen allein die Folge der Menstruationskongestion im Becken sein; endlich ist der Harndrang eines der häufigsten hysterischen Symptome.

Bei der Behandlung des Harndrangs hat man stets zu berücksichtigen, dass dieser nicht als selbständiges Leiden aufzufassen ist, sondern als das Symptom einer anderen bestehenden Krankheit.

Von den vielen Mitteln, die zur Beseitigung der Tenesmuserscheinungen empfohlen werden, bewährte sich am besten das Santyl. Unangenehme Nebenwirkungen — Magendruck, Übelkeit, Aufstossen oder sonstige Erscheinungen des Magendarmkanals und auch der Nieren — wurden nicht beobachtet.

Ein besonderer Vorzug des Santyls besteht darin, dass es stets, so verschiedenartig auch das ursächliche Leiden war, prompt wirkte. Selbst wenn die Tenesmuserscheinungen schon lange Zeit im Vordergrund des bestehenden Leidens gestanden und viele der bekannten Mittel ihre Wirkung versagt hatten, schwanden die Beschwerden nach kurzer Zeit.

Auch in denjenigen Fällen, bei denen das den Harndrang erzeugende Leiden operativ beseitigt wird, der Harndrang jedoch noch ziemlich heftig einige Tage fortbesteht, wirkte Santyl vorzüglich.

Bei Dysmenorrhöe verbunden mit Tenesmen brachte eine Kombination von Santyl und Styptol recht gute Erfolge. Glänzend bewährte sich Santyl in den Fällen, wo es sich um mässigen Prolaps der vorderen Scheidewand mit Ausstülpung der Blasenwand handelte. Nach kurzer Zeit fühlten sich die Patientinnen beschwerdefrei, und es dauerte geraume Zeit, bis sich erneuter Harndrang zeigte. Eine erneute Verordnung schaffte auch dann schnell wieder Linderung. Sogar bei veralteten Prolapsfällen bei Frauen im hohen Alter wirkte Santyl sofort bessernd; natürlich musste hier längere Zeit hindurch das Mittel genommen werden.

Zum Schlusse macht Verf. noch auf die Nachbehandlung von

Prolapsoperationen aufmerksam, bei der Stantyl stets gute Dienste leistete. Ziemlich häufig ist nach Vorfalloperationen, bei denen die Blase oft ziemlich hoch heraufgeschoben und durch Nähte gerafft werden muss, die spontane Urinentleerung in Rückenlage unmöglich. Es muss öfters am Tage katheterisiert werden und, wenn der Katheterismus auch unter völlig aseptischen Kautelen ausgeführt wird, stellen sich doch oft Reizzustände der Blase ein, die sich vor allem in Tenesmuserscheinungen bemerkbar machen. Gaben von 3 mal 25 Tropfen Santyl pro die schaffen hier schnell Linderung. — R.

Zur Behandlung der chronischen Endometritis. Von Prof. Dr. C. M e n g e - Heidelberg. „Therapie der Gegenwart“, April 1908.

Verf. will als praktischer Mediziner die chronische Endometritis in zwei Gruppen einteilen, in die Endometritis hypersecretoria und die E. haemorrhagica. Die 3 wichtigsten klinischen Symptome sind Hypersekretion, Menorrhagie und Metrorrhagie. Als Ursache ist oft eine in der Schleimhaut lokalisierte Spaltpilzwirkung anzusprechen (Gonorrhöe) oder eine mechanische Veranlassung (Rückbleibsel nach Aborten), Ernährungsstörungen der Mukosa, zumal in Entwicklungszeit und Klimax etc. Für die Therapie ergeben sich die nachstehenden Erfordernisse:

1. Eine zweckmässige **Allgemeinbehandlung**, d. h. Unterstützung der natürlichen Heilbestrebungen des Körpers durch Anregung des gesamten Stoffwechsels und durch Fernhaltung respektive Ausschaltung aller unnützen Reize, welche die krankhaft veränderte Uterusschleimhaut direkt oder indirekt treffen können.

2. Eine rationale **Lokalbehandlung**, d. h. künstliche Entfernung der kranken Schleimhautteile und Sorge dafür, dass aus den zurückbleibenden gesunden Resten der Mukosa sich wieder eine normale Schleimhaut aufbaut.

Nicht nur die tripperöse Endometritis, sondern auch nichtinfektiöse Formen der chronischen Erkrankung der Uterusmukosa erfordern eine lokale Therapie. Die Abrasio mucosae liefert aber nur bei den hämorrhagischen Formen der chronischen Endometritis gute Heilresultate. Die Ätzbehandlung dagegen ist in ihrer Wirkung und ihrem Anwendungsgebiet umfassender als die Ausschabung. Bei richtiger Technik ist die Ätzbehandlung auch gefahrlos. Alle Hilfsmittel aber dürfen dabei nur in vollkommen sterilem Zustand zur Anwendung kommen. Als Ätzlösung verwendet der Verf. ausschliesslich Formalin und als Ätzmittelträger die von Alexander Schädel in Leipzig hergestellte Hartgummisonde. Die von dem Verf. benutzte 50% ige wässrige Formalinlösung besteht aus einer Mischung von 50 Teilen Wasser mit 50 Teilen der 40% igen officinellen wässrigen Formaldehydlösung, die den Namen Formalin trägt. Der Verf. benutzt für jede einzelne Ätzung in der Regel 2 bis 3 Sonden. Die erste Sonde kehrt gewöhnlich, besonders bei den hypersekretorischen Formen der Endometritis chronica, mit einem Schleimmantel bedeckt aus der Uterushöhle zurück. Es wird hierdurch deutlich gezeigt, dass die Ätzlösung nur wenig intensiv

auf das Gewebe einwirken konnte; dann muss natürlich der ersten eine zweite und vielfach sogar eine dritte Sonde folgen, damit das Mittel die Schleimhaut der Zervix und auch die Schleimhaut des Korpus überall benetzt.

Der Überschuss wird mit einem aseptischen Tupfer aufgesogen. Die Kranke muss sich nach der Ätzung einen Tag ruhig zu Hause, am besten im Bett, verhalten. 1. Nachuntersuchung in 10—14 Tagen, auf Grund der eventuell eine 2. und 8 Tage später eine 3. Ätzung folgt. —

Freudenberg - Dresden.

Hageen, ein neues Quecksilberseifenpräparat zur Inunktionskur. Von Dr. Hans Assmy und Dr. Werner Rave, Abteilungsärzten des Ostkrankenhauses für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Berlin (dirigierende Ärzte: Prof. Kromayer, v. Chrismar). Mediz. Klinik, Nr. 9, 1908.

Die Verf. besprechen die Vorzüge des neuen Quecksilberseifenpräparates Hageen vor der üblichen grauen Salbe und ähnlichen Präparaten, bei denen die Fettumhüllung einer Verdunstung des Quecksilbers im Wege steht. Sie haben über 100 persönliche Erfahrungen mit dem neuen Präparat gesammelt und berichten unter Anführung von 7 Krankengeschichten über die erzielten therapeutischen Erfolge sehr befriedigt. Die Technik der Applikation schildern sie folgendermassen: Die aus der Glastube herausgedrückte Menge des Hageen (jeder Teilstrich in der Tube entspricht 1,0 g) wird auf dem einzureibenden Körperteil verteilt und 1—2 Minuten mit der leicht angefeuchteten Hand verrieben. Dann wird durch sparsames Zuträufeln von Wasser (am besten lauwarmes) ein Schlamm gebildet, welchen man gleichmässig verreibt und durch Nachträufeln von wenigen Tropfen Wasser weiter verdünnt. Durch das Hin- und Herreiben schlämmt man das Hageen völlig in die Haut ein, und zwar so lange, bis diese sich nicht mehr klebrig, sondern nur noch feucht anfühlt. Beim Verreiben und Anfeuchten muss natürlich etwas Vorsicht angewandt werden, um ein Abträufeln des Materials zu verhüten. Für einen geschickten Masseur dürften 10—15 Minuten zur vollen Verreibung der gewöhnlichen Dosis von 3—5 g genügen, während die Patienten bei Selbsteinreibung 20—25 Minuten bedürfen werden, um den gewünschten Erfolg zu erzielen. Die eingeriebenen Körperpartien sind grauschwarz und trocknen nach vollendeter Einreibung sehr schnell. Ein Einwickeln mit Binden oder Einpudern hinterher ist nicht nötig, da ein Beschmutzen der Wäsche infolge der völligen Verreibung der Seife und des Fehlens von Fett im Präparate nicht stattfindet. Im Ostkrankenhause reiben sich die Patienten unter Aufsicht des Wärters mit gutem Endresultate selbst ein. Ein Beweis dafür, dass die Technik leicht zu erlernen und zu handhaben ist und ihre Anwendung in der Privatpraxis keine Schwierigkeit bieten dürfte.

Zum Schlusse fassen die Verff. die Gesichtspunkte, welche sich ihnen bei der 1 Jahr lang durchgeführten Behandlung mit Hageen ergaben, folgendermassen kurz zusammen:

1. Das Hageen scheint, rein theoretisch seiner chemischen Zu-

sammensetzung nach, dem Unguentum cinereum wenn nicht überlegen, so doch bezüglich seiner Einwirkungsmöglichkeit auf den Körper mindestens gleichwertig zu sein; durch die mikroskopische Untersuchung und die Harnanalysen wird dieses offenbar bestätigt.

2. Die klinische Beobachtung zeigt uns ebenfalls, soweit eine einjährige Erfahrung bei dem chronischen Charakter der Lues dazu berechtigt, dass das Hageen bezüglich seiner Wirksamkeit mit dem Unguentum cinereum auf einer Stufe steht.

3. Sicherlich überlegen aber ist das Hageen dem Unguentum cinereum aus rein äusseren Gründen: es schmutzt nicht, und wird deshalb den Patienten nicht lästig und die Ausführung der Schmierkur mit Hageen erfordert ein geringeres Mass von Technik, infolgedessen es auch in der Hand des weniger geübten Laien in höherem Masse, als dies bei der Schmierkur mit Unguentum cinereum der Fall zu sein pflegt, seine Wirksamkeit zu entfalten vermag. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Alkoholseifen. Von Dr. Karl G e r s o n, Schlachtensee. Mediz. Klinik, Nr. 4, 1908.

Als vortreffliches Desinfizienz für die persönliche Antiseptik empfiehlt G. die Alkoholseife, speziell den durch Zinntuben zum Verschluss gebrachten weichen Seifenbrei, der unter dem Namen Sapalcol*) in den Handel gebracht worden ist.

Zur Desinfektion der Hände, vor Operationen oder in der Sprechstunde, wird, wie der Verf. angibt, ein etwa 6 cm langes Stück aus der Tube gedrückt und in die Hände und Unterarme verrieben. Erst nach völliger Einreibung der Seife in die Haut soll man Wasser hinzunehmen, aber nur so viel, dass eine ausgiebige Schaumbildung erfolgt. Durch reichlichere Wasserezufuhr würde der Sandstaub aus den Hautporen weggespült, der Alkohol verdünnt und dadurch die bakterizide Kraft der Seife geschwächt. Mit der Bürste werden die Nägel gründlich bearbeitet, nachdem sie vorher mit dem Nagelfalz gereinigt sind. Bei der Waschung mit der Sapalcol-Sandstaubseife werde der alkoholgetränkte Sandstaub in die Poren und Drüsengänge der Haut getrieben und so zugleich eine chemische und mechanische desinfizierende Wirkung erreicht. Beim Waschen verflüchtige sich der in dem Sandstaub enthaltene Alkohol nicht so schnell, als in einer Seife ohne Sandstaub, und wird er mit diesem zugleich daher auch tiefer in die Haut eindringen. Deshalb verdiene die Kombination von Sapalcol mit Marmor- oder Sandstaub die meiste Empfehlung. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über die Wirkung und Anwendungsweise des Jothion in der Gynäkologie. Von Dr. Karl N e u w i r t h, gewesenum Assistenten der Gynäkologie am St. Elisabeth-Spitale in Wien. Wien. med. Wochenschrift, Nr. 17, 1907.

Der Verf. hat im Maria Theresia-Frauenhospital in Wien zahl-

*) Hergestellt von der Fabrik chem. Produkte Arthur Wolff jr. in Breslau.

reiche Versuche mit Jothion, über die er teilweise ausführlich berichtet, gemacht. Wegen der intensiven Resorptionsfähigkeit des genannten Mittels ist dasselbe besonders bei chronischen Entzündungen auf gonorrhöischer Basis empfohlen worden, bei chronischer Peri- und Parametritis, bei Exsudaten nach vaginalen und abdominalen Operationen. Diese Empfehlung kann Verf. auf Grund seiner Erfahrungen nur wiederholen, bei Adnexschwellungen dagegen sah er ebenso wenig eine Wirkung wie bei der Anwendung aller andern Resorbentien.

Überraschend gute Erfolge dagegen erzielte er bei essentiellm Pruritus mit einer 25 % igen Jothionemulsion und bei Zervixkatarrh mit einer 10 % igen Jothionglyzerinemulsion.

Bezüglich der Anwendungsweise des Jothions bemerkt der Verf., dass in erster Zeit solches in Vaseline-Lanolinmischung als Salbe, und zwar 2,5 Jothion auf 22,5 Salbengrundlage zur Anwendung kam. Wegen des grossen Vorteils jedoch, die Jothionwirkung mit der vortrefflichen des Glycerins zu verbinden, ferner auch schliesslich wegen des Verschmierens der Instrumente eigneten sich wohl Glyzerinemulsionen viel besser. Zur Resorptionsbehandlung seien 5 % evtl. 10 % Glyzerinemulsionen am geeignetsten, intrauterin und zur Pruritusbehandlung stärkere, für letztere 20—25 % ige. Perkutan habe er das Jothion nur bei frischen Parametritiden, hierbei stets mit bestem Erfolge, versucht. In allen anderen Fällen habe er es nach Art der anderen Resorbentien in Tamponform vaginal appliziert.

Als Fazit seiner Erfahrungen erklärt der Verf., dass Jothion ein vorzügliches Resorbens darstelle, welches den gebräuchlichen Resorbentien in der Gynäkologie zum mindesten vollauf gleichwertig an die Seite zu stellen sei, ja dieselben in manchen Fällen in der Raschheit der Wirkung, sowohl hinsichtlich der Rückbildung als des Nachlassens der Schmerzen, überträfe. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über Beziehungen von Gelenkkrankheiten zur klimakterischen Lebensperiode. Von Geh. Med.-Rat Dr. Franz Neumann, Baden-Baden. Mediz. Klinik Nr. 12, 22. März 1908, pag. 407.

Arthritis deformans kommt bei Frauen in der klimakterischen Lebensperiode so überwiegend häufig gegenüber Männern im gleichen Lebensalter vor, dass es dem Verfasser so scheint, als ob hier unbedingt ein ätiologischer Zusammenhang bestehen müsse. Seine Untersuchungen beziehen sich auf 5851 Männer und 3158 Frauen. Von diesen litten je 2 % Männer, aber je 11,50 % Frauen an Arthritis deformans. Lässt sich diese Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes auch nicht direkt in Abhängigkeit von den Geschlechtsorganen bringen, so muss sie doch mit der gesamten Organisation des Weibes irgendwie zusammenhängen. Die Genese der Arthritis deformans ist bis auf den heutigen Tag dunkel. Den bei Frauen aller Stände, den üppig und den ärmlich lebenden, stets nach Ablauf der Klimax auftretenden Heberden'schen Knötchen am Nagelglied der Finger begegnet man überaus häufig. Überhaupt ist der Prozent-

satz aller an chronischer Gelenkentzündung leidender Frauen grösser als derjenige der Männer. Daher ist es dem Verfasser im Verlauf der Jahre aufgefallen, dass gewisse klinisch abgrenzbare Formen von Gelenkerkrankungen bei Frauen überhaupt nur in der klimakterischen Zeit und nach derselben vorkommen und dass auch die operativ herbeigeführte Klimax ganz dieselben Formen schon in früheren Jahren entstehen lässt. Zumal in die Wechselzeit fällt häufig der Beginn weiblicher Gelenkleiden.

Als Therapie für Gelenkerkrankungen im Zusammenhang mit der klimakterischen Zeit empfiehlt sich die Opothérapie in der Form von Landau'schen und Merck'schen Ovarialtabletten. Sodann hyperthermische Allgemein- und Lokalbäder nach Bälz. —

Freudenberg - Dresden.



Referate über Geburts- und Säuglingspflege.

1. **Advanced Broad-Ligament Pregnancy.** Von R. W. Lobenstein.
2. **Tumors of ovary complicating Pregnancy and Labor.** Von R. W. Lobestine.
3. **Management of the umbilical Stump.** Von James Aitken Harras.
4. **A Study of forty-seven cases of premature Separation of the Placenta.** Von R. W. Lobestine and James Aitken Harras.
5. **An Aid to complete Dilatation of the Cervix.** Von James Aitken Harras.
6. **Bibliography of obstetrical Literature.** Bulletin of the Lying-in Hospital of the City of New-York. September 1907. Vol. IV, Nr. 2.

1. Bericht eines wenige Stunden nach der Operation letal verlaufenen Falles.

2. Es handelt sich um 9 Fälle (3 Dermoide, 3 Kystadenome, 1 Rundzellensarkom, 1 Karzinom, 1 Fibrosarkom). Da die mütterliche Mortalität in nicht operierten Fällen 20—25%, (bei Karzinomen und Sarkomen natürlich mehr), in operierten Fällen 3—5% beträgt, ist Verfasser immer vor, während und nach der Geburt für den operativen Eingriff.

3. Die Behandlungsmethode ist die bei uns übliche. Verfasser besteht 1. auf 1 Verband für 5 Tage nach der Geburt durch den Arzt, ebenso wie die weitere Behandlung, die nicht dem Unterpersonal überlassen bleiben soll. Möglichst trockene Verbände.

4. Prädisponierende Ursachen: Endometritis infolge von Nephritis, Syphilis, Gonorrhoe oder Anämie oder die retrograden Prozesse der Plazenta und Dezidua in den letzten Wochen der

Schwangerschaft. Unter den erregenden Ursachen stehen Trauma, Eklampsie, Nephritis, Basedow und Werthof obenan. Die Hämorrhagie trat in der Mehrzahl der Fälle im 9. und 10. Monate auf (32 Fälle). Die Mortalität der Mütter betrug 17,2 %, der Kinder 77,5 %. Die Entbindung erfolgte in 1 Falle mittelst der Sectio caesarea, in 11 Fällen ohne, in 29 mit operativen Eingriffen. Die Behandlung ergibt nichts Neues. — v. Schnizer - Danzig.

1. **An unusual Malformation of the Cranial Bones in New-Born Infant.** J. W. Mashoe.
2. **Concerning Clinical Pathology in Preynancy as an aid to the Clinican.** Von E. Sondern.
3. **Some Improvements in Operating-Room. Construction at the Lying-in Hospital and an ingenious Method of Securing Additional Floor Space.** Von Ross McPherson.
4. **Some Observations on Craniotomy.** Von E. S. Cusheg.
5. **Bibliography of obstetrical Literature.**

Bulletin of the Lying-in Hospital of the city of New-York. Edited by Yeo W. Kosmall, med. D. New-York. Lying-in Hospital Press. Vol. IV., June 1907. Nr. 1.

1. Regelrecht geborene weibliche Frucht von 2800 g mit spina bifida vom 7. oder 8. Dorsalwirbel bis zum Kreuzbein. Operation: Tod nach 16 Tagen infolge von Inanition und septischer Wundinfektion. Parietal-, Frontal- und Okzipitalbein zeigen zahlreiche — bis zu 7 — rundliche Perforationen nahe der Ränder, entfernt von den Ossifikationszentren. In der Literatur sind Fälle bekannt, bei denen dies bis zum erwachsenen Alter bestehen blieb. Es muss nicht notwendig mit Spina bifida verbunden sein.

2. Bespricht den Wert der Untersuchung des Blutes, des Mageninhalt, des Stuhls und des Urins in der Schwangerschaft.

3. Ölfarbenanstrich, Kombination von Operations- und Instrumententisch und seitlich an den Wänden angebrachte Glasplatten sind das Wesentliche. Nachteil: Nach den Abbildungen zu viel Ecken und Winkel.

4. Die Operation wurde in 0,8 % aller Fälle ausgeführt, davon in 0,5 % bei schon vorher abgestorbener Frucht und in 0,1 % bei Hydrozephalus. In 0,1 % wurde der nachfolgende Kopf von der Zervix festgehalten. Hier führen die Dührssen'schen Zervikal-schnitte besser zum Ziel.

Verf. ist der Ansicht, dass in Zukunft bei den heutigen Fortschritten der Abdominalchirurgie der Kaiserschnitt namentlich bei engem Becken öfter statt der Kraniotomie bewerkstelligt werden wird. — v. Schnizer - Danzig.

L'ipertrofia longitudinale del collo dell utero come complicanze della gravidanza e del parto. Von D. A. Boni, Assistenzarzt am geburtshilf. gynäkol. Institut der Universität Pisa. Archivio di ostetricia e ginecologia, Gennaio 1907. Nr. 1. Boni berichtet über eine drittgebärende 34 Jahre alte Frau.

Die erste Entbindung war normal, im Puerperium trat die Portio in die Schamspalte, die zweite Schwangerschaft endete in einen Abort im 6. Monat; während der Wehen war auch diesmal die Portio in der Vulva sichtbar. Bei der dritten Entbindung wurde die Frau in die Klinik verwiesen. Diesmal ragte die Portio 3 cm über die äusseren Genitalien hervor, war sehr verdickt und ulzeriert. Da die Frau schon bei Eintritt in die Anstalt fieberte und eine Entbindung ohne operativen Eingriff bei der starken Verlängerung und Verdickung der Portio unmöglich schien, wird diese in eine vordere und hintere Hälfte getrennt und beide Teile durch keilförmige Exzision entfernt. Blutstillung durch Naht. Schon vor der Operation war mit dem Fruchtwasser Mekonium abgegangen. Da die Frucht inzwischen abgestorben war, wurde durch den auf 7 cm erweiterten Muttermund die Entbindung mit dem Braun'schen Kranioklasten vorgenommen. Die künstlich entfernte Plazenta zeigt üblen Geruch. Uterusspülung mit warmer Borlösung, Kauterisierung der Uterushöhle mit Jodtinktur, darauf wiederum Spülung. Während des Puerperiums Abszessbildung im rechten Parametrium, Entleerung durch Inzision in die Bauchdecken.

Durch Zusammenstellung von 41 Literaturfällen kommt Boni zu dem Ergebnis, dass die von ihm geübte operative Behandlung der Längshypertrophie des Uterushalses die besten Resultate gibt.

Die mikroskopische Untersuchung dieses und zweier früher von Brei behandelter Fälle ergibt vor allem eine übermässige Gefässentwicklung.

Dr. Krauss - Ansbach.

Per lo studio dei fibromiomi uterini complicanti la gravidanza ed il parto.

Von Dr. E. Opocher, Assistenzarzt des geburtshilflich-gynäkologischen Instituts der Universität Padua. Archivio di ostetricia e ginecologia, Gennaio 1907. Nr. 1.

Auszug aus 10 Krankengeschichten.

1. Fibromyome als Geburtshindernis. Beiderseitige Episiotomie.
2. Schwangerschaft im 6. Monat mit sehr raschem Wachstum eines Uterustumors von unbestimmter Art. Abdominelle Totalexstirpation des Uterus. Mikroskopische Diagnose: Fibrosarkom.
3. Interstitielle Fibrome in der Gebärmutter. Geburtsverlauf verzögert.
4. Linksseitiges erweichtes intraligamentäres Fibromyom. Geburt durch Zange beendet. Später Laparotomie und Entfernung des Uterus.
5. Schwangerschaft mit linksseitigem Uterusmyom. Entbindung normal. Einige Monate später Laparotomie und Entfernung des Tumors.
6. Übelriechende Reste im Uterus nach Abortus. Intraligamentäres Fibrom. Ausschabung und Kauterisierung des Uterus. Nach 10 Tagen Laparotomie und Entfernung des Fibroms.
7. Fibromyom des rechten Uterushornes bei Schwangerschaft im 4. Monat. Laparotomie, Entfernung des Fibromyoms. Schwangerschaftsverlauf und Entbindung normal.
8. Schwangerschaft vereint mit raschem Wachstum eines sarko-

matös entarteten Fibroms des Ligamentum rotundum in der rechten grossen Schamlippe. Entbindung normal, später Exstirpation des Fibroms.

9. Schwangerschaft bei interstitiellem Fibrom im rechten Uterushorn. Im 8. Schwangerschaftsmonat Anfall von Peritonitis, der durch Bettruhe, feuchtwarme Umschläge und Opiate zurückgeht. Entbindung normal. Im Puerperium Rückbildung des Fibroms.

10. Schwangerschaft kompliziert mit kleineren interstitiellen Fibromen. Entbindung normal. Während des Puerperiums Rückbildung der Fibrome.

Dr. H. Krauss - Ansbach.

Über Puerperalfieber. Von Runge. Berl. Klin. Wochenschrift. 1908. No. 11.

Man unterscheidet Wundintoxikation (durch Saprophyten) und Wundinfektion (durch Staphylo- und besonders durch Streptokokken). Bei der Intoxikation kommt es darauf an, die „toten Nährböden“, wie z. B. Plazentarstücke, Eihautreste zu entfernen und eine Uterusausspülung mit 1 % iger Lysol- 50 % Alkohollösung anzuschliessen. Bei der Infektion kommt es darauf an, einerseits die lokalen Prozesse zu behandeln (Betupfen schmieriger Beläge mit Jodtinktur, Spülung des Uterus, kein Kürettement!), andererseits den Gesamtorganismus zu kräftigen und ihn im Kampf gegen die Streptokokken zu unterstützen; zu diesem Zweck können dienen: Alkoholdarreichung, Anwendung der Streptokokkenserum von Aronson, Menzer, Marmorek, Paltauf, die hauptsächlich auch lokal septische Prozesse günstig beeinflussen. Ferner die Anwendung des Collargols nach Credé (intrarteriös oder intrarektal 5 ccm einer 5 % igen Lösung 2—4 mal). Endlich die Einspritzung von 50 ccm einer 2 % igen Nucleinsäurelösung und (bei chronischer Pyämie) die Venenunterbindung.

Ratzeburg - Wismar.

Rechtzeitige und richtige Ausführung der Venenunterbindung ist das wirksamste Hilfsmittel zur Bekämpfung der puerperalen thrombophlebitischen Pyämie. Von H. v. Bardeleben. Berl. Klin. Wochenschrift 1908, No. 6.

Wichtig ist vor allem auch die Diagnose: Eine bei bimanueller Palpation nachweisbare seitlich neben dem Uterus liegende teigig-weiche Schwellung. Dieser Befund bei gleichzeitig bestehenden Schüttelfrösten mit hoher Temperatursteigerung muss unter allen Umständen zur Operation auffordern. Am besten wird die transperitoneale Unterbindung (nach Bumm) vorgenommen. —

Ratzeburg - Wismar.

Die künstliche Geburt mittels der schnellen mechanischen Erweiterung des Uterushalses und die mechanischen Dilatatoren. Von Prof. Dr. L. M. Bossi. Gynäk. Rundschau, 20. Heft 1907.

Bossi rechtfertigt in dieser Arbeit seine bekannte Methode durch Zusammenstellung einer grösseren Zahl von Kranken- und Geburtsgeschichten aus den Berichten des Dr. Joaquin Cortiguera

(Spanien) und des Dr. Holdich-Leicester (Kalkutta) und beschreibt dann die Instrumente und Methoden von de Seigneux und Chrobak, über deren Fälle er referiert. Dr. Turazza, der kurze Zeit darauf einer Infektion im Berufe zum Opfer fiel, steuerte als letzte wissenschaftliche Tat 10 Fälle bei. Dr. de Blasi gibt dazu eine Tabelle von 29 Fällen, welche in der letzten Zeit in Rom vorkamen und bei denen die Operateure keine Spezialisten für Geburtshilfe waren. Die Methode solle auf den Schulen gelehrt werden und Geburtshelfer von gutem Namen daran arbeiten, das Instrumentarium mehr und mehr zu verbessern. —

B o h n - Chemnitz.

Über rezidivierende abundante Magendarmblutungen im letzten Monat der Schwangerschaft. Von Dr. Eduard Preiss. Gynäk. Rundschau, 1907, Heft 18.

Magendarmblutungen gegen Ende der Schwangerschaft werden nicht gerade häufig beobachtet; noch seltener aber kommt es vor, dass sie bei erneuter Gravidität und zu dem gleichen Termine wiederkehren.

Die Frau, deren Krankenbericht gegeben wird, hat nach einer ersten Entbindung ohne Besonderheiten am Ende der zweiten Schwangerschaft plötzlich und ohne Vorboten eine schwere Darmblutung, am folgenden Tage Bluterbrechen erlitten. Kind tot. Nach der Geburt hörten die Blutungen sofort auf. Die Frau hatte keinerlei Magen- und Darmstörungen bis zu der 3 Jahre später folgenden Entbindung, 2 Tage vor der Entbindung leichte Magenschmerzen, am Tage vor der Blutung reichliche schwere Mahlzeit ohne alle Beschwerden genossen, in der Nacht plötzlich mehrmaliges Bluterbrechen. Geburt erfolgt spontan, Kind asphyktisch, stirbt ab. Nachher keinerlei Blutungen oder Magenbeschwerden. —

B o h n - Chemnitz.

Kann man die Zahl der Erkrankungen an Ophthalmoblenorrhoea gonorrhoeica verringern? Von Prof. Dr. Otto von Herff, Basel. Gynäk. Rundschau, 19. Heft. 1907.

Ein Einblick in die Verbreitung des Augentrippers im Allgemeinen auch unter ehelichen Geburten und in die Wirksamkeit der Schutzmassregeln, besonders der Argentumeinträufelung, lässt sich nach den Statistiken der Gebäranstalten mit ihren meist unehelichen Müttern gar nicht gewinnen. Hier kann nur aus Wöchnerinnenasylen grossen Stiles eine annehmbare Ziffer gewonnen werden. In der Stadt Basel herrscht der Abolitionismus, keine Prostituierte wird untersucht oder angezeigt, die Geschlechtskrankheiten sind wie in jeder Grossstadt sehr verbreitet, die Hebammen reinigen die Augen der Neugeborenen nur mit Borlösung und haben keinen Höllestein zur Hand. In mehr als 21 ‰ der unehelichen, in 5,6 ‰ der ehelichen Geburten kommt der Augentripper vor. Die Einspritzung von Ag. nitr. im Frauenhospital dagegen drückt die horrende Zahl auf 2,7 herab. Die Nützlichkeit und Notwendigkeit eines Schutzmittels liegt also auf der Hand. Es muss aber von einem solchen Mittel verlangt werden, dass es nahezu schmerzlos ist, geringe Reizung

verursacht, auch bei stärkerer Konzentration durch Verdunsten der Vorratslösung. Leider besitzt der Höllenstein diese Eigenschaften nicht und die Eltern leisten nicht ohne Berechtigung einer Zwangsbehandlung nach *Credé* Widerstand. Erheblich weniger reizt und schmerzt das Protargol. 70 % der Kinder behielten nach Protargolanwendung völlig trockene, nicht gereizte Augen. Sophol, eine Verbindung der Formaldehydnukleinsäure mit Silber wurde in 5 %-Lösung angewendet. Die durch 2 Jahre fortgesetzte Prophylaxe mit diesem Mittel hat im Krankenhaus den Augentripper der Kinder verschwinden lassen, während in der Stadt sich nichts geändert hat. Bei 90 % der Kinder bestand keinerlei Reizung. Die Ätzwirkung des Sophols ist eine so geringe, dass man selbst die 10 %-Lösung ohne Bedenken den Hebammen anvertrauen kann. Durch den Ersatz der Höllenstein- durch die Sophol-Lösung ist die Zahl der Erkrankungen um 80 % zurückgegangen. Es ist zurzeit am meisten zu empfehlen. — B o h n -Chemnitz.

Ein Fall von Pubotomie. Von Dozent Dr. Josef B ä c k e r.
Gynäk. Rundschau 1907, Heft 17.

Eine 26 jährige Frau hat schon 3 tote Kinder unter erschwerten Verhältnissen geboren und wünscht, am Ende der 5. Schwangerschaft stehend, ein lebendes Kind. Zur künstlichen Frühgeburt ist es bereits zu spät. Beckenmasse: Sp. il. 22,5, Cr. il. 27,5, C. B. 16,5. Conj. diag. 9,8, Conj. v. 7,8, Knochenbau schwächlich, Zeichen für englische Krankheit nicht vorhanden. Äussere Wendung vom Steiss auf den Kopf, Impression nicht möglich. Schwache Wehen. In Narkose wird Pubotomie gemacht. Mit der Döderlein'schen Nadel wird die Drahtsäge nach Gigli eingeführt, die starke venöse Blutung durch Druck zurückgehalten. Es zeigt sich ein fingerbreiter Knochenspalt. In Walcher'scher Hängelage wird jetzt mit grosser Kraft der Kopf imprimiert, der Knochenspalt wird dabei zweifingerbreit. Mit grosser Schwierigkeit gelingt jetzt eine Entwicklung mit der Zange, wobei der Muttermund mehrmals leicht inzidiert werden muss. Kind schreit sofort lebhaft. Es zeigt sich ein rechtsseitiger Zervixriss, der mit Naht geschlossen wird.

Das Kind wird von der Mutter gestillt; Wochenbett und Wundheilung zwar mit einigen Temperaturschwankungen, doch ohne schwierige Komplikationen bis zum 24. Tage. Schmerzen in der rechten Nierengegend, getrübler Urin durch *B. coli*-Infektion. Urotropin. Am 32. Tage verlässt sie das Bett, Gang tadellos. An der Durchsägungsstelle Defekt, durch Röntgenaufnahme nachgewiesen.

Verfasser führt sodann den Nachweis, dass sowohl bei dem Symphysenschnitt wie bei der Pubotomie die offene Wundbehandlung den Vorzug vor der subkutanen Operation verdient, da letztere keine Gewähr gegen Blutung und Infektion gibt, in beiden Fällen aber die offene Behandlung leichter und sicherer Blutung und Infektion verhindern oder doch in ihren Folgen gefahrloser gestalten und schneller zur Heilung bringen kann. — B o h n -Chemnitz.

Säuglingssterblichkeit und Kostkinderwesen in Mecklenburg-Schwerin. Von Dr. Br ü n i n g- Rostock. Z. f. Säuglingsfürsorge. Bd. 2, No. 3, 1908.

B. hatte gelegentlich einer andern Arbeit gefunden, dass im Jahre 1904 von den 1681 in Rostock lebend geborenen Kindern insgesamt 16,95 % vor Ablauf des ersten Lebensjahres wieder starben, und dass die Mortalität der ehelichen Säuglinge um 15,64 %, die der unehelichen aber 24,05 % betrug. Um die bei sonst relativ günstigen Lebens- und Mortalitätsverhältnissen in Rostock auffallend grosse Differenz auf ihre Ursachen hin zu ergründen, musste B. zunächst einen Vergleich der einschlägigen Verhältnisse Rostocks und Mecklenburgs mit andern Städten und Landesteilen Deutschlands ziehen und kommt im weiteren Verlauf seiner Arbeit zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Gesamtsäuglingssterblichkeit ist für ganz Mecklenburg eine mittlere (15—20 %), jedoch ist sie in Wismar, der zweitkleinsten Stadt, mit 18,38 % grösser als in den drei übrigen.

2. Für die ehelichen Geburten gilt das gleiche; auch hier übertrifft Wismar mit 17,34 % den nächsthöheren Wert Rostocks mit 15,64 % um 1,7 %.

3. Die Mortalität der unehelichen Säuglinge nimmt mit der Grösse der Stadt ab und schwankt zwischen 31,34 % (Güstrow) und 21,51 % (Rostock).

4. Das Prozentverhältnis der ehelichen zu den unehelichen Todesfällen bei Säuglingen nimmt mit der Abnahme der Einwohnerzahl der Stadt zu, so dass Rostock mit 1:1,38 am günstigsten, das 3¹/₂ mal kleinere Güstrow mit 1:2,19 am ungünstigsten dasteht, aber, was hervorgehoben werden muss, die Residenzstadt Schwerin mit 1:1,95 nur wenig übertrifft.

5. Auch die Zahl der unehelichen Geburten pro 1000 Einwohner ist in Schwerin mit 1,4 eine ausserordentlich geringe gegenüber 2,6 bei Wismar und Güstrow und 4,8 bei Rostock.

6. Die Zahl der Lebendgeburten und Säuglingstodesfälle pro 1000 Einwohner ist in den beiden Seestädten Wismar und Rostock am grössten; Schwerin steht auch hier am günstigsten mit 21 Geburten und 3 % Todesfällen bei Säuglingen.

7. Das Verhältnis der ehelichen zu den unehelichen Lebendgeburten ist in Schwerin am günstigsten (1:1,14), nimmt in Güstrow mit 1:1,18 eine Mittelstellung ein, und beträgt in Rostock 1:4,7, d. h. hier kommt schon auf weniger als 5 Lebendgeborene ein illegitimes Kind.

B. stellt nun die Frage: Weshalb steigt die Sterblichkeit der Unehelichen mit dem Kleinerwerden der mecklenburgischen Städte an, während diese Tatsache bei den Ehelichen zu vermissen ist? und findet die Erklärung darin, dass in den kleinen Städten vielleicht weniger Gelegenheit zu sachgemässer Abhaltung von Geburt und Wochenbett für die unehelich Schwangeren ist und dass auch die Kinder, dort bei fremden Leuten untergebracht, nicht die nötige Fürsorge finden. Für die Überwachung dieser Kostkinder erforscht nun B. die in Mecklenburg etwa vorhandenen Gelegenheiten und

gesetzlichen Vorschriften und findet sie unzureichend. Infolgedessen fordert er am Schlusse für ganz Mecklenburg eine den modernen Forderungen entsprechende Regelung des Kostkinderwesens und spricht die Hoffnung aus, dass auch hierin Rostock mit gutem Beispiele vorangehen möge.

Baron-Dresden.

Über Meteorismus nach Geburten. Von Dr. Häberlein in Zürich. Z. f. Gyn., No. 52, pag. 1623, 1907.

Verf. veröffentlicht einen Fall von Frühmeteorismus im Wochenbett, der so starke Dimensionen angenommen hatte, dass 2 Tage lang alles zur Laparotomie bereitstand. Doch ging die Sache auf Kataplasmen etc. zurück. Jedenfalls ist ätiologisch ein leichtes Trauma bei der Geburt (Zange) zu beschuldigen. —

Freudenberg-Dresden.

Nierendekapsulation bei puerperaler Eklampsie. Von Dr. W. Falgowski, Sekundärarzt der Abteil. für Frauenkrankheiten des Hospitals zu Allerheiligen. Z. f. Gyn., No. 2, 1908.

F. veröffentlicht einen einschlägigen Fall, der sich auf eine tief komatöse Frau bezieht, bei der 3 Anfälle p. p. eingetreten waren. Der Fall war von seltener Schwere. Die Operation verlief günstig und führte zu einer vollständigen Heilung.

Die Wirksamkeit der Nierendekapsulation findet nach dem Verf. in folgenden Momenten ihre Erklärung.

1. Durch Beseitigung des intrakapsulären Überdruckes wird die lahmgelegte Blutzirkulation wieder in Fluss gebracht und der Stoffaustausch ermöglicht.

2. Die arterielle Hyperämie, welche der Dekapsulation unmittelbar folgt, wirkt resorbierend auf etwa angehäuften Entzündungsstoffen und zugleich harntreibend.

3. Der durch die venöse Stase oder durch toxische Einwirkung geschädigte Epithelapparat der Niere wird durch Wiederherstellung der normalen Blutzirkulation wieder leistungsfähig gemacht. —

Verf. erklärt die Nierendekapsulation für eine Operation, welche in dringendem Falle in jedem Haus ausführbar sei und bei ihrer einfachen Technik Gemeingut, wenn nicht aller Geburtshelfer, so doch aller Gynäkologen werden müsse. —

Freudenberg-Dresden.

Zur Wiederbelebung scheinot geborener Kinder durch Schultze'sche Schwingungen. Von Dr. Max Schwab in Nürnberg. Z. f. Gyn., No. 3, pag. 69, 1908.

Verf. bespricht die schon mehrfach von uns behandelten offenen und okkult bleibenden Schädigungen der Neugeborenen durch Schultze'sche Schwingungen. Sodann erwähnt er die Methode Ogata's, welche, soviel ich weiss, in Europa erstmalig im „Frauenarzt“ bekannt gemacht worden ist. Bei dieser fasst man hakenförmig mit der einen Hand den Nacken, mit der anderen die Fussknöchel des Kindes, beugt den Rumpf des horizontal gehaltenen Kindes über die untere Körperhälfte, bis der Oberkörper gegen die

Füße drückt und geht dann wieder in die Ausgangsstellung zurück. Dieses Verfahren, schonend und wirksam, hat Verf. in zwei Fällen mit bestem Erfolge angewandt und empfiehlt er es statt der nicht ungefährlichen S c h u l t z e 'schen Schwingungen, von denen er es eine „Modifikation“ nennt. Jedenfalls kommt die Bezeichnung „Modifikation“ der Abänderung zu, die der Verf. dem O g a t a 'schen Handgriff angedeihen lässt, indem er statt den Thorax gegen die Beine des Kindes diese gegen den Thorax andrängt. In dieser Form möchte er den O'schen Handgriff, der vortrefflich durch künstliche Inspiration und Expiration die Atmung einleitet und absolut unschädlich ist, gerne auch von anderen Kollegen geübt sehen, wie auch Referent denselben s. Z. schon warm empfohlen hat. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Einschränkung des Leibschnittes durch vaginale Operationsmethoden. Von Dr. P. F l a t a u - Nürnberg. M. m. W., No. 9, 3. März 1908, pag. 459.

F. polemisiert gegen Dr. L e h m a n n , dem er vorwirft, die Gefahren der Laparotomie zu übertreiben. Dagegen hätten von 7 vaginal operierten Schwangeren 2 abortiert, also nahezu 30 Prozent. Auch hält er die Technik des vaginalen Kaiserschnittes keineswegs für so einfach, wie sie dargestellt werde. Er warnt vielmehr jeden Geburtshelfer, der nicht Gynäkologe ist, diesen Eingriff zu machen. Er und die Kreissenden könnten dabei in verzweifelte Situationen geraten. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über Behandlung der Plazenta praevia durch vaginalen Kaiserschnitt. Von Dr. med. R ü h l in Dillenburg. M. m. W., No. 9, 3. März 1908, pag. 456.

Dem Verf. erschien bis vor kurzem, da uns Kolpeuryse, kombinierte Wendung etc. meist gute Resultate ergeben, der vaginale Kaiserschnitt wegen Plazenta praevia beinahe wie ein Unrecht, bis ihn in der allerjüngsten Zeit 2 Fälle eines anderen belehrten. Die Applikation des B o s s i 'schen Dilatators brachte im ersten Falle die Frau durch eine hochgradige Blutung in direkte Lebensgefahr, die nur dadurch beseitigt wurde, dass Verf. rasch entschlossen binnen $2\frac{1}{2}$ Minuten (vom Anhängen der Zervix bis zur vollendeten Extraktion des Kindes gerechnet) die vaginale Zäsarotomie ausführte. Im zweiten Falle war es gleichfalls nicht möglich, die Scheide zu tamponieren oder den Kolpeurynter anzulegen, da der Muttermund in der Vulva sichtbar wurde und die ganze Vagina durch den Kopf des Kindes ausgefüllt war. Die Applikation des B o s s i 'schen Dilatators verbot sich, weil 1. die Blutung dadurch wie im ersten Falle wieder verstärkt worden wäre, 2. die Erweiterung des rigiden Os zu viel Zeit in Anspruch genommen hätte und 3. der dem Muttermund aufgepresste Kopf durch die Spitze des Instruments hätte verletzt werden können. Auch in diesem Falle führte binnen $3\frac{3}{4}$ Minuten die vaginale Zäsarotomie inklusive Entfernung der Plazenta und Tamponade des Uterus zum gewünschten Ziele. Das Kind

lebte. Wochenbett normal. Zwei Jahre später hat dieselbe Frau spontan geboren.

Verf. ist nach dieser Erfahrung jetzt der Ansicht, dass gerade bei gewaltsamen Entbindungen schwierigster Art der vaginale Kaiserschnitt seine glänzendsten Triumphe feiert, da er es ermöglicht, in Fällen akutester Gefahr das Leben der Frau noch zu retten, wo alle anderen Methoden versagen, weil durch sie die Entbindung nicht rasch genug vollzogen werden kann. Bezüglich der Technik bemerkt Verf., dass er die vordere Muttermundslippe möglichst stark nach unten vorziehen lasse, alsdann eine ausgiebige, die vordere Scheidenwand spaltende Längsinzision, 1 1/2 cm unterhalb der Harnröhrenmündung beginnend, bis zum äusseren Muttermund hinzieht, rasch die Scheidenwand ablöst und mit einer starken Schere die Zervixwand und das untere Uterinsegment, so weit erforderlich, spaltet. Das Peritoneum ist in den 42 vom Verf. ausgeführten vaginalen Kaiserschnitten stets uneröffnet zu lassen gelungen. Die Plazenta entfernt Verf. stets vor Anlegung der Nähte, d. h. vor Vereinigung der gemachten Inzisionen wegen der später sich ergebenden Verengung.

Der den Uterus tamponierende Jodoformgazestreifen wird nach 24 Stunden entfernt. Während der ersten Tage des Wochenbettes gibt Verf. Secale bzw. Ergotin. --

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über eine Steissgeburt am Ende der Schwangerschaft bei Uterus bicornis. Von Dr. Max J a k o b y, Frauenarzt in Mannheim. Münch. med. Woch., No. 8, 1908, pag. 394.

Der geschilderte Fall bezieht sich auf eine 38jährige II para, deren erste Schwangerschaft vollkommen normal verlaufen war. Bei der gegenwärtigen Schwangerschaft jedoch war der Frau die starke Entwicklung des Leibes nach rechts aufgefallen, auch hatte sie über beständigen Brechreiz und Schmerzen zu klagen. Schon bei der (übrigens ziemlich normal verlaufenden Geburt des Kindes) mutmasste der Verf. das Bestehen einer Schwangerschaft im rechten Horn eines Uterus bicornis. Als er sich jedoch bemühte, die spontan nicht kommende Plazenta nach C r e d é zu entfernen, erhob er dies zur Gewissheit. Da aber auch dieser Handgriff nicht zum Ziele führte, musste der Verf. mit der Hand eingehen und bekam jetzt das Septum deutlich zu fühlen.

Neben den oben angegebenen Schwangerschaftsbeschwerden war bei der Geburt eine gewissen Wehenschwäche bemerklich. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Weiteres über meine Pelvioplastik. Von Hofrat Dr. C r e d é in Dresden. Z. für Gyn., Nr. 9, 1908, pag. 281.

Verf. berichtet über die von ihm vor 2 Jahren operierte Frau, bei der er eine dauernde Beckenerweiterung erzielt. Zwar ist sie bis jetzt nicht wieder in andere Umstände gekommen, doch sind Allgemeinbefinden, Gang, Menstruation etc. z. Z. tadellos. Das untere Ende des Knochenspaltes, in welchen das losgelöste Knochenstück

implantiert worden war, macht einen anatomisch normalen Eindruck. Selbst bei grösserer Gewaltanwendung hat man den Eindruck einer soliden Verwachsung. Allerdings muss der Verf. seine Operation so lange als eine chirurgische ansehen, bis sich die Frauenärzte mit plastischen Eingriffen an den Knochen vertraut gemacht haben werden. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Nierendekapsulation bei puerperaler Eklampsie. Von Dr. Robert Asch in Berlin. Z. f. Gyn., Nr. 9, 1908, pag. 283.

Der Verf. veröffentlicht eingehend einen von ihm operierten einschlägigen Fall, der trotz vollkommenem Koma, erloschenen Kornealreflexen und ödematösem Gesicht doch glücklich endete, da noch rechtzeitig zur Operation geschritten wurde. An sich gefahrlos und von jedem geübten Operateur ausführbar, ist dieser Eingriff imstande ein sonst sicher verlorenes blühendes Menschenleben zu retten. Hauptsache ist Schleunigkeit des Handelns. Ist die Eklampsie als eine schwere, als eine deletäre erkannt, so duldet sie keinen Aufschub. Handelt es sich indessen um eine unentbundene Eklampische, so möge man erst den Erfolg der schnellsten Entbindung (Kaiserschnitt oder vaginale Hysterektomie) abwarten. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Das Vorkommen von subkutanem Emphysem bei der Geburt. Von Dr. G. W. Kosmak. Bulletin of the Lying-in-hospital, N.-Y., Vol. III, Nr. 4.

K. berichtet über einen einschlägigen Fall und liefert eine Übersicht über die bisher in der Literatur bekannt gewordenen Fälle. Das Vorkommen stellt eine der selteneren Komplikationen bei der Geburt dar und ergibt einen Prozentsatz von etwa 1:2000. Da es indes ohne bemerkenswerte Symptome zu machen auftreten kann, so dürften leichtere Grade desselben nicht selten der Aufmerksamkeit entgehen. Manche Lehrbücher erwähnen diese Komplikation gar nicht. Die Ätiologie ist noch dunkel. Der geschilderte Fall betrifft ein junges Mädchen von 21 Jahren. Ipara, dessen Schwangerschaft ganz normal verlaufen war. Das Becken war weit, die Weichteile aber rigid und die Scheide eng. Das Kindeshaupt stand nach hinten, ging jedoch nach vorne. Die Eröffnung ging langsam vor sich, da die Eihäute vorzeitig rissen. Die Wehen waren häufig und kräftig, aber ihr Erfolg war zu geringfügig, als dass man die Geburtsbeendigung der Natur hätte überlassen können. Es wurde deshalb die Zange angelegt und die Entbindung mit einigen leichten Traktionen bewerkstelligt. Das Emphysem wurde erst 2 Stunden vor der Geburt beobachtet, als eine leichte Schwellung am Kieferwinkel erschien. Am Ende der Geburt hatte sich das Emphysem über beide Wangen, Nacken, Hals, Schultern und den grössten Teil des Gesichtes erstreckt. Weitere subjektive Symptome traten nicht auf, und am nächsten Tage begann die Erscheinung zurückzugehen. Am 9. Tage war sie völlig verschwunden.

Eine Analyse von 66 aus der Literatur gesammelten Fällen tat dar, dass dies Ereignis fast ausschliesslich bei Erstgebärenden vor-

kommt, gewöhnlich bei Jugendlichen. Mit wenigen Ausnahmen war die Geburtsdauer eine verlängerte, bei frühem Abgang der Wässer, rigiden Weichteilen oder engem Becken. Das Emphysem kann während oder nach der Geburt auftreten, meist jedoch während einer Treibwehe. Meist tritt die Schwellung im Nacken oder im Gesicht auf, bisweilen von einer Art Übelkeit oder Atemnot begleitet. Auch die Mundschleimhaut kann beteiligt sein, was zur Theorie des Luft-eintritts durch eine Zahnfleischwunde geführt hat. Dysphagie und Aphonie ist gleichfalls beobachtet worden. Die Prognose ist gut, Rezidiv während der nächsten Geburt kaum zu erwarten. Die Behandlung ist symptomatisch und exspektativ. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Komplete Ruptur der schwangern Gebärmutter. Von Dr. R. W. Lobenstine. Bull. of the lying-in-hospital, N.-Y., Vol. III., Nr. 4.

L. bietet eine Studie dar, welche sich auf 47 einschlägige Fälle stützt, die bei c. 41 800 zeitigen oder nahezu zeitigen Geburten zur Beobachtung gelangten. Komplete Uterusruptur kann spontan oder traumatisch eintreten; sie kann so klein sein, dass sie kaum einen Finger durchlässt, und so gross, dass das Kind in die Bauchhöhle schlüpft. Der häufigste Ausgangspunkt einer Ruptur ist der untere Abschnitt und die beiden hauptsächlichsten Formen sind 1. die quere und 2. die longitudinale, die sich aufwärts durch die Zervikalpartie hindurch gehend durch die Seitenwandung eventuell bis zum Fundus hin erstreckt. Hierbei werden die Blutgefässe zerrissen und eine ausgiebige Zerreissung der Schichten des breiten Ligaments herbeigeführt. L. findet jedoch, dass diese Typen gewöhnlich mehr oder weniger miteinander verbunden auftreten und selten rein in die Erscheinung treten. Die Art des Zustandekommens, je nachdem es sich um eine intrauterine Manipulation oder einen spontanen Eintritt handelt, bestimmt die primäre Natur des Einrisses; die erstere begünstigt den Längstypus, der letztere die Querruptur des untern Abschnittes. In der Serie des Verfassers gehen 19 Fälle wahrscheinlich ursprünglich von dem longitudinalen, 17 von dem queren Typus aus. Rupturen in der Fundusgegend scheinen sehr ungewöhnlich zu sein, indem eine solche nur 1 mal beobachtet wurde. Die ätiologischen Momente waren in den Fällen des Verf.'s: Spontane Ruptur durch Krampfwehen 17 Fälle, schwache Stellen in der Wandung nach Zervixamputationen 1 Fall, traumatischer Einriss nach hoher Zange 2 Fälle, innere Wendung 12 Fälle, Accouchement forcé 4 Fälle, Embryotomie 1 Fall. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die mütterliche Sterblichkeit bei den ersten 5 000 geburts-hilflichen Fällen des Johns Hopkins hospitals. Von Dr. F. C. Goldsborough. Johns Hopkins hospital bulletin Nr. 202, Januar 1908, pag. 12.

Im ganzen kamen 55 mütterliche Todesfälle vor, das ergibt auf 5 000 eine Mortalität von 1,1 Proz.

Die tödlich endenden Fälle zerfielen in 4 Gruppen: 1. Infektionen mit 21 Todesfällen = 0,42 Proz. Mortalität und im Verhältnis zu allen Todesfällen = 38,18 Proz. 2. Toxaemien mit 16 Todesfällen = 0,32 Proz. Mortalität und 29,09 Proz. von allen Todesfällen. 3. Hamorrhagien mit 8 Todesfällen = 0,16 Proz. Mortalität und 14,54 Proz. gegenüber allen erfolgten Todesfällen. 4. Gemischte Fälle mit 10 maligem Exitus letalis = 0,20 Proz. oder 18,18 Proz. entsprechend allen Todeseintritten.

In der Gruppe I waren 12 Fälle vor Eintritt ins Hospital infiziert. Eine Patientin hatte einen Koitus während der Geburtstätigkeit und wurde nicht durch die Vagina untersucht. In zwei anderen Fällen hatten die Hebammen mehrfach Scheidenuntersuchungen vorgenommen. So bleiben nur 6 Fälle übrig, bei welchen das Hospital für die fatale Infektion verantwortlich zu machen ist, was einer Mortalität von 0,14 entspricht.

In der II. Gruppe kamen 16 Todesfälle vor, die sich folgendermassen verhielten: Eklampsie 12, Nephritis 2, toxämisches Schwangerschaftserbrechen 2; die Mortalität der Eklampsie betrug daher 25 Proz., was insofern als recht günstig anzusehen ist, als alle in das Hospital eingelieferte Kranke in schwerem Koma befindlich waren.

In der III. Gruppe gab es 8 Todesfälle. 4 von diesen hatten Plazenta praevia, 3 kamen moribund zur Aufnahme. Im 4. Falle trat der Tod infolge einer inkompletten Uterusruptur im Zusammenhang mit einer manuellen Dilatation der Zervix ein. Die mit dem Accouchement forcé verknüpften Gefahren bei einer solchen Sachlage lassen diese Operation als weniger empfehlenswert erscheinen denn die Anwendung eines allmählicheren Verfahrens zur Zervikaldilatation vermittels Metreuryse. — Die 4 noch verbleibenden Todesfälle durch Blutung waren vergesellschaftet mit Uterusruptur in 3 Fällen und mit Sectio caesarea nach Porro in 1 Fall.

In der IV. Gruppe ereigneten sich 10 Todesfälle, die sich folgendermassen verteilten: Darmverschluss 3 mal, Typhus 1 mal, Pneumonie 1 mal, Dysenteria amoebica 1 mal, Trombosis 1 mal, Embolie 1 mal, Exophthalmie 1 mal, Narkose 1 mal. —

Freudenberg - Dresden.

Kaiserschnitt wegen Gebärmörmöglichkeit infolge doppel-seitigen Ovarialkarzinoms. Von Dr. Fritz Weisswange - Dresden. Z. f. Gyn., Nr. 8, 22. Februar 1908, pag. 250.

Der Fall betrifft eine 27 jährige IV para, die weder früher noch während der bisherigen Schwangerschaft krank gewesen oder Schmerzen empfunden haben will. Solche stellten sich erst mit dem Wehenbeginn ein und wurden jetzt per vaginam im Douglas und in der rechten Seite je ein höckeriger faustdicker Tumor gefühlt, der die Geburt verhinderte. Der Uterus wurde durch Längsschnitt eröffnet und das lebende Kind entwickelt. Das beiderseitige Ovarialkarzinom mit Netztumoren und Darmmetastase war nicht zu entfernen. Auffallend ist die erfolgte Konzeption trotz der malignen Degeneration des Eierstocksgewebes bis auf geringfügige Reste. —

Freudenberg - Dresden.

Zur Frage der Heilung der Hebosteotomiewunde. Von Dozent Dr. Oberndorfer in München. Zentralblatt f. Gyn., Nr. 7, 15. Februar 1908.

Auf Grund eines Leichenpräparates, welches einer Frau entstammt, die hebosteotomiert worden und 14 Monate später an einer interkurrenten Krankheit gestorben war, gelangt der Verf. zu dem Schlusse, dass die Hebosteotomiewunde, wohl infolge des glatten Schnittes, der Regel nach nicht knöchern, sondern nur bindegewebig verheile. Bis jetzt wenigstens scheint noch keine knöcherne Verheilung nachgewiesen. Als Beweis dafür angeführte Röntgenbilder dürften auf Täuschung beruhen, hervorgerufen durch die Projektion der überhängenden, sich aufbäumenden Ränder des Spalts. Massnahmen zur Verhütung einer knöchernen Vereinigung, wie dies Reifferscheid vorschlägt, seien also unnötig. —

Freudenberg - Dresden.

Ein Fall von Sectio caesarea vaginalis auf Grund einer seltenen Indikation. Von Dr. J. Voigt. Frauenarzt in Göttingen. Münch. mediz. Woch., Nr. 7, 18. Februar 1908. pag. 336.

Verf. sah sich im Mai v. J. veranlasst, die oben genannte Operation auszuführen, ohne dass eine der bisher angeführten zahlreichen Indikationen vorgelegen hätte. Die Diagnose bei der 26 jährigen, kräftig gebauten Primipara lautete: Schweres Bronchialasthma mit sekundärer Herzinsuffizienz und Lungenödem, erschwert durch physiologische Exkursionsbeschränkung durch den im 9. Monat schwangeren Uterus. Das Kind war tot. Die Operation, rasch vorgenommen, wirkte direkt lebensrettend. —

Freudenberg - Dresden.

Die Leitung der Geburt beim platten Becken. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Martin-Berlin. Mediz. Klinik Nr. 10, 8. März 1908, pag. 321.

Ausgehend von einem Fall von ziemlich hochgradig rachitisch-plattem Becken (Conj. ext. 16,2; Diag. 10,5; vera knapp 8,0; Spinae 26; Cristae 27; Schrägmasse rechts 22,8; links 22) bei einer Pluripara, bei der es durch geduldige Leitung der Geburt gelang, die Frau spontan zu entbinden. Solche Fälle zu beurteilen ist nicht so einfach. In erster Linie muss man suchen, eine möglichst exakte Diagnose des gegebenen Geburtsfalles zu gewinnen, wobei Lage des Kindes und Konstatieren der Herztöne freilich nicht genügt, sondern eine gründliche Untersuchung des Allgemeinbefindens und der lokalen Verhältnisse geboten ist. Hierbei ergibt sich auch eine Kenntnisnahme der Kopfgrösse des Kindes, der Verschieblichkeit der Kopfknochen in Nähten und Fontanellen, des Verlaufs der Pfeilnaht etc. Besonders schwierig wird immer die spezielle Diagnose des Beckens erscheinen. Steht der Kopf nicht etwa schon tief im Beckeneingang, sondern noch höher, so muss das Promontorium sorgfältig abgetastet werden, wobei auf dessen Form zu achten ist. Eventuell verdienen auch die seitlichen Hälften des Beckeneinganges Aufmerksamkeit.

Der Wert der äusseren Beckenmassage ist ein höherer als man vielfach in letzter Zeit annimmt; der Praxis bietet sie eine wertvolle Stütze, die uns eventuell Veranlassung gibt, ein konservatives Verhalten einzuschlagen. Bei annähernd normaler Gebärkraft der Frau sind meist beim platten Becken die Kinder in Längslage eingestellt oder stellen sich erst nach und nach im Verlaufe der Geburt ein. Lässt man daher der Gebärenden Zeit, ihre Kräfte nach und nach zu normaler Energie zu steigern, so werden die Kinder spontan geboren. Bei mässigen Graden der Beckenverengung soll man daher beim platten Becken sich des frühzeitigen Eingreifens enthalten, wenn man solche Geburten von Anfang an zu leiten gerufen ist.

Meist wird der Arzt freilich bei höheren Graden der Verengung hinzugezogen, bei Hochstand oder gar Abweichen des kindlichen Kopfes. Dann verlasse man sich nicht auf Angaben, Klagen und Erzählungen, sondern auf die eigene Untersuchung. Schwache Wehen sind keineswegs für sich eine Indikation zum Einschreiten, sondern meist nur ein Symptom der langsamen Entwicklung des Anfangsstadiums der Geburt. Oft genügt ein behagliches Reinigen und Umbetten oder ein Narkotikum, welches für einige Stunden zur Ruhe verhilft, um später eine wirksame Geburtsarbeit einzuleiten.

Auch wenn das Kind nicht in Geradelage liegt, braucht man nicht gleich einzuschreiten. Sehr oft hat man hinlänglich Zeit durch äussere Handgriffe und entsprechende Lagerung der Frau die Schiefelage des Kindes zu korrigieren. Besondere Aufmerksamkeit verlangt ferner die Gestaltung des kindlichen Kopfes. Man lässt eventuell von der Hebamme mit zwei Händen das Köpfchen in den Beckeneingang hineindrücken und stellt dabei, während man selbst von der Scheide aus untersucht, fest, wie gross, wie hart, wie verschiebbar es ist, und was man zu hoffen oder zu befürchten hat. Gewöhnlich heisst es alsdann mit ruhiger Überlegung die Geburt in ihrem weiteren Fortschreiten abwarten. Erst, wenn die Wehen kräftig werden, ist es im Einzelfall möglich zu entscheiden, ob die Geburt spontan erfolgen kann oder nicht. Die Beschaffenheit des Muttertums und der Weichteile spielt heutzutage nicht mehr die Rolle wie früher, da wir dieses Hindernis durch den Metreurynter oder im Notfall durch blutigen Eingriff auszuschalten imstande sind.

Zwingen die Umstände zum Einschreiten, so lege man bei massigem Missverhältnis zwischen Beckeneingang und Kopf die Zange an. Steht der Kopf beweglich über dem Beckeneingang, so mache man die Wendung. Bei der Kopfentwicklung soll der Zug von unten so viel als möglich vermieden werden. Ist das Missverhältnis jedoch ein grösseres, so tut der Praktiker gut, wenn angängig, die Frau dem erfahrenen Kollegen oder der Klinik zuzuführen, da hier Hebosteotomie oder Sectio caesarea in Frage kommen. Nur da, wo dies nicht möglich, sollte die Perforation des lebenden Kindes in Frage kommen. Verf. selbst hat während der letzten 30 Jahre kein lebendes Kind mehr perforiert.

Was aber raten, wenn man beim Beginn der Schwangerschaft zu einem engen, erfahrungsgemäss Geburtsschwierigkeit bereitenden Becken hinzukommt? Von der künstlichen Frühgeburt hält Verf.

nicht viel. Sie liefert durchschnittlich doch nicht aufkommende oder bis in die zweite Lebensdekade hinein an Körper und Geist schwächliche Kinder. Besser erscheint ihm daher bei übermässiger Beckenenge oder Entwicklung des Fötus ein ruhiges Abwarten bis zum Termin, und schliessliches Eingreifen eines erprobten Geburtshelfers, am besten mit den Unterstützungsmitteln der Klinik. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Rezensionen.

La Ginecologia moderna.

L. R. Bossi entwirft in der Januarnummer das Programm der neuen Zeitschrift. Er weist auf die Verdienste der Italiener um die moderne Geburtshilfe hin, die ihnen den Porro'schen Kaiserschnitt, den Bossi'schen Dilatator, die von der kalifornischen Schule eingeführte Symphysiotomie und die Gigli'sche Pubotomie verdankt. Eine besondere Rubrik der Zeitschrift soll die Beziehungen zwischen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane und Verbrechen und Geisteskrankheiten behandeln. Verfasser hebt in dieser Hinsicht das bahnbrechende Verdienst Lombroso's hervor und bedauert den verderblichen Einfluss, den die Ideen Charcots auf die Würdigung pathologischer Veränderungen der Geschlechtsorgane des Weibes für Veränderungen der Psyche gehabt haben. Demgemäss stellt er auch als Motto für die Zeitschrift auf:

„Multae renascentur quae iam cecidere“ . . . und „Propter solum utrum mulier id est quod est.“ —

L. M. Bossi berichtet über günstige Erfolge bei Anwendung von Adrenalin in Fällen von Osteomalakie. Bei einer Patientin, die im 7. Monat der Schwangerschaft in Behandlung kam, zeigte das Röntgenbild stark ausgesprochene Osteoporosis. Nach 104 Injektionen von $\frac{1}{2}$ —1 ccm 1%₁₀ Adrenalinlösung (Parke Davis u. Cie.) war Patientin geheilt und das zweite kurz vor der Niederkunft aufgenommene Röntgenbild zeigt normale Knochenstruktur.

Eine Patientin, die sechs Jahre vorher wegen Osteomalakie kastriert worden war, wurde in 33 Tagen von einem schweren Rezidiv geheilt. Auch dieser Fall ist durch Röntgenbilder vor und nach der Kur belegt.

Von anderer Seite wurde ein osteomalakischer Arbeiter, der Monate lang im Bette liegen musste, durch Adrenalininjektion so vollständig geheilt, dass er seine Arbeit wieder aufnehmen konnte.

Kontrollexperimente ergaben bei Lämmern das Auftreten von Osteoporosis des Beckens 12—15 Tage nach Entfernung einer Nebenniere. Zu gleicher Zeit trat starke Phosphaturie auf. Verfasser ermuntert zu Versuchen mit Adrenalin bei Rachitis. Bei Intoleranz-

erscheinungen (Suffusionen im Gesicht, Beklemmungen auf der Brust usw.) setzt Verfasser aus. Wenn nach 4—8 Tagen die osteomalakischen Erscheinungen wieder auftraten (Schmerzen in den Knochen, Schlaflosigkeit), verlangten die Patientinnen meist von selbst die Wiederaufnahme der Kur. —

In einem Aufsehen erregenden Prozess² wegen einer bestrittenen Vaterschaft, der 21 Jahre lang die Gerichte Neapels beschäftigte, konnte nach einer gynäkologischen Untersuchung die Sache entschieden werden. Es konnte nachgewiesen werden, dass der im letzten Sommer bei einem Automobilunglück umgekommene *Marchese d'Avalos*, Fürst von Pescara, nicht der Sohn des *Giuseppe d'Avalos* und der *Marchese Cherubina* war und deswegen die 42 Jahre seines Lebens Titel und Fürstentum zu Unrecht besessen hatte, weil die angebliche Mutter, die erwähnte *Marchese Cherubina* niemals geboren hatte. Sie, die während der früheren Prozesse den verunglückten *Marchese* immer unter Eid als ihren Sohn hingestellt hatte, erklärte schliesslich, dass sie niemals geboren habe und war bereit, dies durch eine genaue Untersuchung feststellen zu lassen. Die Untersuchung ergab bei zweifelhaftem Befund an den Brüsten vollständig intaktes Perineum, keinerlei Narben am *Orificium externum uteri*, konische Form der *Portio*, überhaupt vollständig den Befund wie bei einer jungen Nullipara. Auf Grund dieses Befundes kamen die Sachverständigen einstimmig zu der Ansicht, dass die jetzt 63jährige Frau niemals geboren habe, und das Gericht schloss sich diesem Gutachten an. —

Prof. Fortunato Montuoro weist auf Grund von statistischen Zusammenstellungen, die er unter dem weiblichen Personal der Tabaksmanufaktur zu Palermo gemacht hat, nach, dass die chronische Nikotinvergiftung absolut keinen Einfluss auf Befruchtung und Schwangerschaft ausübt, da die Fekundität der Tabakarbeiterinnen enorm ist und die Zahl der Früh- und Fehlgeburten unter dem Mittel steht. Schlimm bestellt sei es dagegen mit den Lebenschancen der Kinder, da diese einerseits nicht gehörig gepflegt werden, andererseits vielleicht durch die Milde der Mütter geschädigt werden

D. L. in M.

Über Massensuggestion und psychische Massenepidemien.

Vortrag gehalten im Kaufmännischen Verein zu München von Prof. Dr. Hans G u d d e n in München. 80 20 S. München 1908, Verlag der Ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin). Preis 0,75 M.

Eine sehr interessante kleine Schrift, die erkennen lässt, von wie weittragender Bedeutung der Begriff der Massensuggestion für die Menschheit ist, wie immer wieder von den ältesten Zeiten an bis zum heutigen Tage psychische Massenepidemien auftreten; als jüngstes Beispiel die religiöse Epidemie von 1907 in Kassel und Umgegend. Der Verf. weist zunächst auf den Unterschied der Begriffe: Masse im gewöhnlichen und im psychologischen Sinne hin — in einem Fall eine blosse Vielheit von Menschen, wie z. B. auf einem Korso oder im Warenhaus, wo jeder Einzelne selbständiges Individuum bleibt;

im andern Fall eine Ansammlung von Menschen, „welche unter dem Eindruck eines bestimmten, gemeinsamen Reizes steht und dadurch gewissermassen organisiert wird“, wobei „die einzelne und bewusste Persönlichkeit erlischt und an ihre Stelle eine unbewusste Persönlichkeit tritt, welche eben die Masse ist.“ Dabei tritt der persönliche Charakter des einzelnen Individuums ganz zurück gegenüber dem Haufencharakter, es entsteht „eine Kollektivseele,“ vermöge deren die Masse in ganz andrer Weise fühlt, denkt und handelt als es bei jedem Einzelnen der Fall gewesen wäre. „Es gibt Ideen, die nur bei den zu Massen verbundenen Individuen auftreten oder sich in Handlungen umsetzen.“ Als Ursache für diese Umwandlung ist das „Gefühl unüberwindlicher Macht“ anzusehen, der gegenüber das Verantwortlichkeitsgefühl des Einzelnen erlischt; Nachahmungstrieb und Suggestionenwirkung kommen dazu und vermögen das Treiben der Menge oft in die absonderlichsten Bahnen zu lenken. — Die ganzen Ausführungen, die sich im Rahmen eines populären Vortrags bewegen, sind mit zahlreichen Beispielen aus den verschiedensten Epochen alter, neuer und neuester Zeit belegt und werden allerorts mit Interesse gelesen werden. H a d l i c h - Weimar.

Der Arzt der grossen und der kleinen Welt. Ärztliche Skizzen von Dr. Max Nassauer, in München, gr. 8" 81 Seiten. München 1908. Verl. d. „Ärztl. Rundschau“ (Otto Gmelin). Preis 2 M.

Einige Kapitel sind recht anschaulich und in einzelnen Partien wirklich schön geschrieben, so z. B. „Kurierfreiheit“ und der Brief in „das Testament“. — Doch fast alles gar zu scharf pointiert; die Farben aufdringlich grell und krass aufgetragen; eine oft seltsame Mischung von gesundem Realismus und unwahrer, übertreibender Realistik. S o m m e r - Mayen.

Vorlesungen über allgemeine Geburtshilfe. Von Dr. Heinrich Bayer, Strassburg. I. Band, Heft III. Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane. Mit 16 Tafeln in Lichtdruck und 63 Abbildungen im Text. Gr. 8° u. 572 S. Strassburg i. E. 1908, Schlesier und Schweikhardt. Preis 20— M.

Mit dem dritten Heft, das als stattlicher Band vor uns liegt, hat Bayer den ersten Band seiner Vorlesungen über allgemeine Geburtshilfe zum Abschluss gebracht. In neun Vorlesungen werden behandelt Beckenweichteile und Bauchwand, Bauchfell und Topographie der Beckenorgane, Beckenzellgewebe und seine Einschlüsse, äussere Genitalien und Scheide, Uterus und Tuben, die muskuläre Architektur der Pars gestationis, Ovarium und Ovulation, Menstruation und die sekundären Geschlechtscharaktere und das Problem der Geschlechtsbestimmung. Es ist nicht möglich, aus der ungemein grossen Fülle des Gebotenen Einzelheiten herauszugreifen; welche Stelle des Werkes man auch aufschlagen mag, man ist immer wieder überrascht über die Vollständigkeit, über die Ausführlichkeit, mit der, ohne den Leser zu ermüden, Verf. es verstanden hat, die einzelnen Kapitel zu behandeln. Es steckt eine grosse Summe von Arbeit und

Fleiss in dem Werk, auf das der Verf. mit vollem Recht stolz sein kann. Zahlreiche Abbildungen, teils in Lichtdruck, teils in Autotypie unterstützen das Verständnis des klar geschriebenen Textes. Ref. hat das Heft nach der Lektüre mit dem Gefühl einer grossen Befriedigung aus der Hand gelegt.

Burckhard - Würzburg.

Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. Für Ärzte und Studierende von Dr. Bandelier, dirig. Arzt der Lungenheilstätte Cottbus, und Dr. Roepke, dirig. Arzt der Eisenbahnheilstätte Melsungen. Mit 18 Temperaturkurven auf 5 lithographischen Tafeln. gr. 8° VI und 113 Seiten. Würzburg 1908, Kurt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). Preis brosch. 4 M. gebd. 4,80 M.

Die Verff. verfolgen mit ihrer Arbeit die Absicht, die Aufmerksamkeit der Ärzte mehr und mehr auf das Tuberkulin zu lenken und insbesondere den Koch'schen Präparaten, als den zurzeit am meisten erprobten und bewährten, die ihnen gebührende Stellung zu verschaffen. Nun ist ja allerdings das Tuberkulin kein universales Heilmittel für alle Tuberkuloseformen. Es ist auch kein direktes Heilmittel, wie etwa das Diphtherieserum, sondern ein aktivimmunisierendes Mittel. Der Organismus muss daher infolge der Einführung von Tuberkelbazillenprodukten zunächst eine Reaktion durchmachen, die erst zum Auftreten von Schutzstoffen führt; er muss die Gegengifte erzeugen und damit sich seine spezifischen Schutzstoffe erst selbst bereiten. Die dem Körper hierdurch zugemutete Arbeit setzt daher natürlich auch noch einen gewissen Kraftvorrat und eine gewisse Widerstandsfähigkeit voraus. Aber abgesehen von den schweren unheilbaren Schwindsuchtsformen, namentlich den mit hochfieberhaften schweren Mischinfektionen einhergehenden Fällen, kann nach der Überzeugung der Verff. „jeder nicht anderweitig in bestimmender Weise komplizierte Fall von Lungentuberkulose mittelst der schonenden, möglichst reaktionslosen Injektionsmethode der Tuberkulinbehandlung unterzogen werden.“ Und insbesondere halten sie die Kombination der letzteren mit der Anstaltsbehandlung für die gegenwärtig leistungsfähigste Behandlung der aktiven Lungentuberkulose.

Das Buch ist aus der Praxis heraus für die Praxis geschrieben. Es schildert bis in das minutiöseste sowohl die spezifische Tuberkulose-Diagnostik, wie auch die sachgemässe, bis in alle Einzelheiten präzise Anwendung der Tuberkulin-Therapie. Ausser den Koch'schen Präparaten werden auch alle anderen spezifischen Tuberkulosemittel und ihre Verwendung bei sämtlichen Tuberkuloselokalisationen im menschlichen Organismus eingehend besprochen. In dieser Beziehung steht das Buch bisher einzig in seiner Art da. Die lebendig-fließende Sprache, die jeden Überschwang vermeidende, an allen Enden einsetzende gesunde Selbstkritik, und die überzeugenden objektiven glücklichen Erfolge werden das ihrige tun, dem Buche zu der ihm durchaus gebührenden ausgedehnten Verbreitung unter den praktischen Ärzten zu verhelfen. Und wenn wir lesen, dass bei dem

grossen Material auch nicht ein einziger Fall veröffentlicht worden ist, in dem die dem Tuberkulin zur Last gelegte Schädigung bei der von den Verff. empfohlenen milden, reaktionslosen Injektionsmethode sich ereignet hat, so kann es nicht ausbleiben, dass aus manchem Saulus sehr bald ein Paulus wird. Na ether - Leipzig.



Referate aus ärztlichen Gesellschaften.

In der geburtshilflichen und frauenärztlichen Abteilung der Royal society of medicine zu London sprach nach deren Proceedings (April 1908, Vol. I, No. 6, pag. 129) am 12. März 1908 Dr. W. C. Schweyne über **abdominale Myomektomie während der Schwangerschaft**. Redner berichtete über 2 Fälle. Der erste betraf eine Primipara, 48 Jahre alt, 5 Monate schwanger, welche zwei Myome aufwies, von denen eines die Grösse einer Orange besass. Die Myomektomie verlief vollkommen reaktionslos und befreite die Kranke von ihren Beschwerden, ohne die Schwangerschaft zu alterieren; doch entzog sich die Patientin 2 Monate vor den Reifetermin der Untersuchung, so dass der Verlauf der Geburt nicht festgestellt werden konnte. — Der 2. Fall betrifft eine 35 jährige Multipara, welche neuerdings im 5. Monat schwanger zugleich an einem bilokulären Myom litt. Auch hier verlief die Operation (Myomektomie) reaktionslos. Zwei Monate nach der Intervention kam die in ihre Häuslichkeit und ungünstige wirtschaftlichen Verhältnisse zurückgekehrte Patientin leider frühzeitig nieder, so dass das Kind nicht am Leben blieb, immerhin aber beweist dieser Fall sowohl als auch der vorige die vollständige Toleranz des Uterus gegen den chirurgischen Eingriff. —

Freudenberg - Dresden.

In derselben Sitzung berichtete Dr. John H. Dauber über einen Fall von **Schwangerschaft, kompliziert durch ein grosses retroperitoneales und subligamentöses Fibromyom**. Frau C., 31 Jahre alt, seit 3 Monaten verheiratet, wurde am 11. Dezember 1907 in die Anstalt des Redners gebracht. Letzte Periode am 16. September, bis dahin stets regelmässig. Bis zum letzten Frühjahr war keine Anschwellung des Leibes bemerkt worden, seitdem hatte jedoch der Bauchumfang stark zugenommen, zumal in der letzten Zeit. Trotz der erst 3monatigen Schwangerschaft war der Leibumfang so stark, dass Patientin ausserstande war, häusliche Arbeit zu verrichten. — Redner stellte neben der Schwangerschaft das Vorhandensein eines grossen, irregulären, soliden Tumors fest, der dicht hinter dem Schwertfortsatz, etwas links von der Mittellinie sass. Weder Herztöne waren hörbar, noch Kindesbewegungen fühlbar, dagegen konstatierte man über den ganzen

Tumor hin ein dumpfes Blutgeräusch. Die Brüste waren vergrössert und weich, Schwangerschaftsaureola angedeutet, jedoch keine Sekretion zu beobachten. Bei der vaginalen Untersuchung liess sich der schwangere Uterus nicht mit Sicherheit von dem Tumor unterscheiden, immerhin aber wurde eine 3 monatige Schwangerschaft neben dem Tumor diagnostiziert. Elf Tage später, am 20. Dezember 1907, operierte Redner, indem er eine mediane Inzision machte und einen umfangreichen, unregelmässig gestalteten, festen Tumor entwickelte, der nach links zu sass und bis in die Tiefe des Beckens hineinreichte. Derselbe war fixiert und sass ganz und gar retroperitoneal. Nach hinten verdrängt und vom Tumor bedeckt lag der schwangere Uterus in der rechten Fossa iliaca, mit der in die Länge gezogenen Zervix der Geschwulst adhärierend. Auch die Därme waren an vielen Stellen mit dem Tumor oben verklebt. Die Herausschälung des Tumors bedingte einen grösseren Blutverlust und die Unterbindung der Blutgefässe erwies sich als recht schwierig. Die Zeit drängte so, dass der Uterus supravaginal abgetragen werden musste; nur so gelang es, über die Blutung Herr zu werden. Indes war die lebensgefährliche Hämorrhagie nicht der einzige Grund, weshalb der Uterus geopfert wurde. Auch die in die Länge gezogene Form und die entartete Beschaffenheit der Zervix schienen bei der ev. Erhaltung desselben eine Gefahr zu bedeuten. —

Freudenberg - Dresden.

Praktische Mitteilungen und Notizen.

Chinin bei Leucorrhoea.

Chinin, verordnet in der Form von Suppositorien (0,2—0,3 pro dosi), am besten Chininum hydrochloricum ist oftmals von Erfolg in der Behandlung der Leukorrhoe bei Frauen. Ein solches Suppositorium wird jeden Abend nach dem Zubettegehen in die Vagina eingeführt. —

(Nach the Hospital, 7. Dez. 1907, pag. 266.)

Freudenberg - Dresden.

Endometritis.

Bei fungöser Endometritis und bei Metrorrhagie infolge des Bestehens von Uterusfibroiden ist Jodkali sehr wert versucht zu werden. Auch in Fällen von drohendem Abort verdient Jodkali einen Versuch. —

(Nach the Hospital, 14. Dez. 1907, pag. 290.)

Freudenberg - Dresden.

Aus dem chemischen und bakteriologischen Institut (Dr. J. Davidsohn, Chemiker und Dr. med. M. Jungmann) in Berlin wird uns mitgeteilt:

Die von uns vorgenommene Untersuchung betr. die bakteriziden Eigenschaften des uns übersandten Präparates „**Parisol**“ hat folgendes Resultat ergeben:

Eine 0,5 prozentige Parisol-Lösung reichte aus, um Fäulnisbakterien abzutöten, die Desodorierung eines stinkenden in Fäulnis übergegangenen Harns gelang nach 6—7 stündiger Einwirkung einer 2 prozentigen Lösung. Das Verhalten des Parisol gegen eine Anzahl von Bakterienarten wurde mit Mischungen von 0,5, 1,0 und 3,0 Prozent geprüft und dabei gefunden, dass eine 1 prozentige Lösung genügte, um selbst Pilze von grosser Widerstandskraft nach 8—10 Minuten langer Einwirkung abzutöten.

Parisol besitzt daher in hervorragendem Masse die Eigenschaften, die an ein gutes Antiseptikum zu stellen sind. — R.

Alkoholismus und Stillungsvermögen.

Durch die Bunge'schen Untersuchungen angeregt, hat sich der leitende Arzt der Gratismilchanstalt in Budapest, Dr. Deutsch, mit dem Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Stillungsvermögen, beziehungsweise mit der Entartung der Kinder von trunksüchtigen Eltern und Müttern beschäftigt. Er fand, dass die Kinder trinkender Mütter am seltensten die Mutterbrust genossen. Der Übergang von Alkohol in die Muttermilch ist nach seiner Meinung klar bewiesen. Störungen des kindlichen Nervensystems fanden sich auch am häufigsten, wenn die Mutter Alkoholistin war. Wurde den Müttern der Alkohol gänzlich entzogen, so fielen bestehende eklampische Anfälle weg. Auch Verdauungsstörungen fanden sich sehr häufig bei jenen Kindern und wurden durch Abstinenz der Säugenden schnell geheilt. Disposition zu Infektionskrankheiten bestand am meisten dann, wenn der Vater Alkoholiker war.

Holitscher - Pirkenhammer.

Kysten in der Mamma.

Eine gute Methode, eine einzelne Kyste in der Brustdrüse zu behandeln, besteht in der Injektion von 2 oder 3 Tropfen purer Karbolsäure. Auch bei frisch entstandenen Kysten kann im allgemeinen in dieser Weise verfahren werden. Bestehen jedoch multiple Kysten, so ist es besser, die ganze Brustdrüsenpartie oder die gesamte Mamma zu entfernen. —

(The hospital, 11. Dez. 1907, pag. 318.)

Freudenberg - Dresden.



Feuilleton.

Die Laufkur.

Nach dem Französischen des Dr. B u r l u r e a u x (Revue de
thér. méd.-chir. No. 1, 1908.

Deutsch von Dr. F r e u d e n b e r g - Dresden.

In der vorletzten Sitzung der therapeutischen Gesellschaft hatte Dr. B a r d e t die vortreffliche Idee, die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf die Wichtigkeit der physikalischen Heilfaktoren zu lenken. Seit längerer Zeit bin ich selbst von deren Bedeutung tief durchdrungen, und ich freue mich, dass unsere Gesellschaft nun ein Studium derselben aufnimmt, welches bisher nur ein teilweises war. Wir besitzen freilich ausgezeichnete Lehrbücher über Wasserkuren, mechanische Behandlungen, Elektrotherapie etc., aber das genügt nicht. Diese trefflichen Heilfaktoren bleiben in den Händen der Spezialisten. Nötig aber ist es, dass diese kostbaren Heilfaktoren Gemeingut aller Ärzte werden. Ich nehme daher an, dass meine heutigen Ausführungen gerade zurecht kommen und zu interessanten Diskussionen und erspriesslichen Erwägungen führen werden. Meine Absicht ist es nämlich, über die Laufkur, die Dromotherapie, zu reden. „Sieh da“, werden Sie sagen, „ein pompöser Name für eine ganz einfache Sache; denn schliesslich weiss doch jedermann, was Laufen heisst.“ Trotzdem bestehe ich auf dieser Bezeichnung, nicht sowohl aus der Eigenliebe des Erfinders, als vielmehr deshalb, weil nach ihrer Annahme der wissenschaftliche Wert dieses Heilverfahrens festgelegt erscheint.

Im Mai 1901 wurde ich von meinem Freunde, dem Dr. L a g r a n g e, eingeladen, im Prinzenpark dem Major d e R a o u l zuzuschauen, der Versuche mit dem Laufen in Beugstellung machte, was er als eine vortreffliche gymnastische Übung ansah und behufs Verwendung im Kasernendienst vervollkommen wollte. Als ich nun selbst zehn Tage lang mit dem Erfinder dieser Methode gelaufen war, tauchte in mir die Idee auf, dass diese mit grossem Vorteil nicht nur bei gesunden Menschen, sondern kurgemäss auch bei gewissen Kranken verwendbar sei. Ich besprach mich hierüber mit Dr. L a g r a n g e und verständigte mich anderen Tags mit Dr. R o d e t, dem Leiter der Wasserheilanstalt von Auteuil, dahin, dass uns dieser einen Übungsplatz zur Verfügung stellte, wo zugleich die Kranken nach stattgehabter Übung geduscht werden konnten. Wenige Tage später führte ich dem Major einige gutwillige Patienten zu, die — ich muss es gestehen — anfangs nicht recht begriffen, was ich mit ihnen vorhatte. Von weit her zu kommen, um in einem Garten eine Viertelstunde oder eine halbe herum zu laufen, das erschien ihnen zunächst eine barocke Idee. Aber diese ersten Kranken fühlten sich alsbald bei dieser Behandlung so wohl, dass ich ihnen noch weitere zugesellen zu dürfen glaubte. Nach Ablauf von drei Monaten war die Sache

lanziert, die „Laufkur“ war geschaffen, und seitdem habe ich die stattliche Anzahl von 180 Patienten diesem Verfahren unterworfen. Bei dem letzten Besuch, den ich unserem Übungsplatz abstattete, traf ich dortselbst 14 Personen an; 3 waren Gäste der Wasserheilanstalt, die anderen kamen aus den verschiedensten Teilen von Paris um die vorgeschriebene Kur durchzuführen. Der Nachfolger des Dr. Rodet, Dr. Oberthur, interessierte sich gleichfalls für die neue Behandlungsweise, welche ich rühmte, und wir fuhrten fort, uns seines Gartens und seiner hydropathischen Einrichtungen zu bedienen.

1904 hatten wir das Unglück, den Major de Raoul zu verlieren, und ich fürchtete zunächst bei seinem Tode, dass unsere sich eben erst entwickelnde Laufkur eine Benachteiligung erleiden würde; aber Dr. Felix Regnault hatte die Güte, aus Freundschaft für den Major, mit dem er schon zusammen gearbeitet hatte, jeden Vormittag während zweier Jahre nach dem Garten zu Auteuil zu kommen. Seine Anwesenheit gab der Laufkur zugleich eine neue Anregung und wissenschaftliche Autorität. Man mass die Atmungskapazität der Kranken, beobachtete während und nach der Übung ihren Puls, wog sie regelmässig u. s. w. Gerade infolge dieser Erhebungen bin ich in der Lage, über die Wirkung des methodischen Laufens auf Atmung, Herztätigkeit, Verdauung etc. Rechenschaft geben zu können, denn bis dahin war die Laufkur nur ein rein empirisches Verfahren geblieben. Später, als Dr. Regnault die Übungen nicht mehr leiten konnte, stellten wir sachverständige Aufseherinnen an, welche die Überwachung und Unterweisung der Kranken besorgten. Und so stehen wir nun. Aber ich bin überzeugt, dass, wenn ein Arzt unsere Bemühungen bis zu wirklich wissenschaftlicher Höhe verfolgte, er eine unerschöpfliche Mine von Belehrung fände, und dass die in der angedeuteten Weise weiter entwickelte Laufkur sich den ersten Platz unter den natürlichen Heilmitteln erringen würde.

Das Laufen zu Heilzwecken hat nichts gemein mit dem Laufen eines spielenden Kindes oder eines eiligen Herrn, der den Zug nicht verpassen möchte; es beruht auf ganz genauen Regeln, die ich nachstehend entwickeln will.

Zunächst handelt es sich um ein Laufen in Beugestellung. Der Laufende hält die Kniee leicht gebeugt, die Füße schleifen über den Boden; er bewegt sich, so zu sagen, wie eine Katze vorwärts, die ihre Beute beschleichen will. Auf diese Weise vermeidet er es, das Gewicht des Körpers bei jeder Bewegung um 4–5 cm aufzuheben, wie der gewöhnliche Läufer tut. Dadurch wird die sonst eintretende Muskelermüdung beträchtlich herabgesetzt. Andererseits hält er den Körper leicht vornüber geneigt, so dass er beim Laufen gewissermassen hinter seinem Gravitationszentrum zurückbleibt. An diese Stellung gewöhnt sich der Laufende schon von der zweiten oder dritten Sitzung ab.

Ein zweites Prinzip, welches fast allen Leuten, die laufen, selbst den professionellen Läufern unbekannt ist, besteht in der Langsamkeit im Lauffortschritt. Beim Beginn der Übung soll sich der

Läufer weniger rasch fortbewegen, als eine Person, die geht; erst nach etwa 5 Minuten darf seine Geschwindigkeit diejenige eines schnell marschierenden Menschen (6 Kilometer die Stunde) und, erst nach ca. Minuten diejenige des gymnastischen Schrittes der Armee erreichen. Mindestens gehen wir über diesen Schnelligkeitsgrad nicht hinaus; nur bei besonders geeigneten Personen kann man ohne Nachteil das Geschwindigkeitsmass noch etwas steigern. Nähert sich die Übung ihrem Ende, so ist nötig, etwa 5 Minuten vor der für den Abbruch derselben bestimmten Zeit, die Bewegung allmählich wieder zu verlangsamen. Gerade hierbei ist ein Leiter besonders nützlich, denn die Laufenden wissen anfangs nicht richtig inne zu halten; sie brechen regelmässig zu rasch ab. Hören sie aber plötzlich mit dem Laufen auf, so kann dies Unzuträglichkeiten im Gefolge habe. Das ist die Geschichte vom Krieger von Marathon, der nicht gestorben wäre, wenn er die Regeln der Laufkur gekannt hätte.

Die Steigerung richtig zu leiten, gilt also als die erste Aufgabe des Leiters bei der Dromotherapie. Aber diese ist ziemlich schwierig, denn die Anfänger haben stets die Neigung zu rasch zu machen. Im Verlaufe von einem Dutzend Sitzungen jedoch erwirbt man sich eine richtige Kenntnis von dem Rhythmus der Progression. Die Steigerung darf sich übrigens nur auf die Länge der Schritte beziehen, denn die Zahl derselben bleibt stets die gleiche vom Anfang bis zum Ende der Übung, d. h. 140 in der Minute. Nur in ganz bestimmten Ausnahmefällen darf dieselbe geändert werden. So bei gewissen Deprimierten, bei denen man bisweilen gut tat, die Schrittzahl in der Minute zu steigern und bis auf 180 zu treiben.

Ein fernerer wichtiger Punkt ist es, den Laufenden richtig atmen zu lassen. So ist es beim Beginn der Übung; aber auch dann, wenn der Laufende noch sehr langsam läuft, muss man ihn sehr tiefe Atemzüge machen lassen, etwa 6 in der Minute. An dieser Weise zu atmen muss man während der ganzen Übungsdauer festhalten, zumal indessen während des letzten Abschnittes, wenn die Schnelligkeit nachzulassen beginnt. Hält man auf eine sachgemässe allmähliche Steigerung und auf korrektes Atmen, so vermeidet man jede Atemnot. Dem Laufenden darf nie der Atem ausgehen. Es gibt nichts Auffallenderes, als einen Emphysematiker oder eine blutarme Frau zu sehen, die nicht eine Treppe hinaufsteigen können, ohne einen Erstickungsanfall zu bekommen, und nun bei der Laufkur nach etwa 20 Minuten langer Dauer einer Sitzung dahingekommen sind, sich mit einer Geschwindigkeit von 8 Kilometer die Stunde fortzubewegen, ohne dabei die geringste Atemnot zu empfinden. Nach Verlauf einer bestimmten Minutenzahl stellt sich ein respiratorischer Rhythmus her. Der Läufer, der am Anfang der Übung keine regelmässige Atmung hatte, gelangt dazu, alle 4 Schritte zu atmen. Er empfindet dabei ein völliges Wohlbehagen und kann reden, indem er läuft. Welche können dabei selbst ruhig ihre Zigarette rauchen (nicht zu empfehlen! Anm. des Übersetzers.)

Der Puls wird beim Laufen beschleunigt, aber nie unregelmässig, wenn die Bewegung gut geleitet ist. Er kann ohne jede Unzuträglichkeit bis auf 120 Schläge in der Minute steigen.

Schweissausbruch erfolgt je nach dem Individuum, der Dauer der Übung, der Temperatur und dem barometrischen Druck. Im Durchschnitt tritt er nach 15 Minuten ein, steigert sich crescendo und ist besonders lebhaft in dem Augenblick, in dem der Läufer seine Bewegung zu verlangsamen beginnt. Wegen dieser unvermeidlichen Transpiration muss man, sobald man die Übung abbricht, gewisse Vorsichtsmassregeln treffen, um eine Verköhlung zu vermeiden. Gewöhnlich schicken wir unsere Pflegebefohlenen unter die Dusche, dicht neben dem Garten. Im allgemeinen ist die Dusche lauwarm; auch kann sie durch eine einfache Abreibung ersetzt werden. Einem von beiden, der Dusche oder einer Abreibung aber, muss sich der Laufende unbedingt unterziehen, wenn er in Schweiss geraten ist. Selbstredend wird man es bei den ersten Sitzungen, wo man erst die Empfindlichkeit der Kranken zu prüfen hat, gar nicht bis zum Schweissausbruch und der Notwendigkeit einer Abtrocknung kommen lassen. (Schluss folgt.)

Literatur.

- Bienemann, Osk., Dammschutz und Dammrisse. Diss. Freiburg 08.
- Fratkin, A., d. Erfolge d. Fangobehandlung in der Frauenklinik zu Freiburg i. B. für 1906. Diss. Freiburg 06.
- Gronowski, Wenceslaus, über die operative Behandlung d. Doppelbildg. d. weiblichen Genitale. Diss. München 08.
- Hermann, G. E., the students handbook of gynaecology. London 08, Cassell. 7 sh 6 d.
- Jüsgen, Hans, u. d. Einfluss d. Fröhaufstehens d. Wöchnerinnen auf d. Milchsekretion. Diss. Freiburg 08.
- Kalischmann, Hersch., d. Einfluss v. Traumen auf d. Schwangerschaft. Diss. München 01.
- Kelly, H. A., medical gynecology. London 08, Appleton. 1 £ 5 sh.
- Kettner, Erwin, z. Diätetik d. Wochenbettes. Diss. Freiburg 08.
- Kimura, M., über die Behandlung d. Nachgeburtsperiode bei den letzten 500 Geburten a) exspektative, b) Expression, c) manuelle Entfernung u. deren Erfolge. Diss. München 08.
- Kosinsky, B., Eklampsiefälle d. kgl. Universitäts-Frauenklinik München 1884—1907. Diss. München 08.
- Krämer, S., e. Fall v. akquirierter Atresie d. unteren Teiles d. Uterus u. d. oberen Partie d. Zervix m. Hämatometra. Diss. München 08.
- Magg, Fritz, z. Operabilität des Uteruskarzinoms. Diss. München 08.
- Maresch, Prosekturadjunkt. Dr. Rud., über Salpingitis nodosa, m. 17 Abb. u. 2 Taf. Berlin 08, S. Karger. 3,00
- Miller, Dr. R., d. Verhztg. d. Empfängnis od. Liebe ohne Kinder, eine Rechtfertigung u. Kritik der konzeptionswidrigen Mittel. Leipzig 08, M. Wendel. 1,00
- Molitor, u. Häufigkeit u. Prognose d. eng. Beckens. Diss. Freiburg 08.
- Repetitorium, kurzes, der Geburtshilfe, als Vademecum f. d. Prüfng., sowie f. d. Klinik u. d. Praxis, m. Berücksichtigung d. Werke u. Vorlesungen von Bumm, Döderlein, Kaltenbach u. A. 3 te gänzl. umgearb. Aufl. (Breitenstein's Repetitorium Lr. 20.) Leipzig 08, J. A. Barth. 1,80; geb. 2,25
- Schuster, Hans, 2 Fälle v. Atresia uteri intra partum. Diss. München 08.
- Uhl, Gg., Stumpfkarcinome nach supravaginaler Amputation des myomatösen Uterus. Diss. Strassburg 08.
- Verhandlungsbericht der mittelhheinischen Gesellschaft f. Geburtshilfe und Gynäkologie. Jahrg. 1907 mit Abbildg. u. 1 Taf. Berlin 08, S. Karger. 6,00

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Aerzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg, Frauenarzt in Dresden.

Erscheint am dritten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 18 Mk. direkt unter Kreuzband 18 Mk 80 Pf., für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 20 Mk. für's Ausland einzelne Hefte 2 Mk. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

Heft 8 (272).

Leipzig, 21. August 1908.

XXIII. Jahrg.

Inhalt: Originalien: **Marx**, Drei Fälle von Erhaltung des Hymens mehrere Jahre nach der Verheiratung und Schwangerschaft in derselben Familie. 338. — **Block**, Juristische Zurechtstellung u. Beantwortung. (Schluss.) 341 — **Mensinga I**, Polemisches. 344. **Speese**, Mastitis cystica chronica. 345. — Referate über Frauenheilkunde: **Humpstone**, Dystocia from ventral fixation. 348. — **Dickinson**, High rectocele after perineal repair. 349. — **von Ott**, Eine neue Modifikation. 349. — **Ehrenfest**, The influence. 349. — **Weiss**, A consideration of neurasthenia. 349. — **Walther**, Psychoneurotische Ausfallerscheinungen. 350. — **Ries**, Scopolamine-morphine anesthesia 350. — **Olmstedt**, Phlegmonous sigmoiditis. 351. — **Smith**, Cases illustrating. 351. — **Gräfenberg**, Traubige Schleimhautsarkome der weiblichen Genitalien. 351. — **de Wald**, Veränderungen am Endometrium. 352 — **Lejars**, Die kystischen Epitheliome des Eierstocks. 353. — **Knauth**, Beitrag zur internen Arhovinbehandlung. 353. — **Donald**, Gonorrhoeische Infektion bei der Frau. 354. — **Weisswange**, Nierenabszess nach Gonorrhoe. 355. — Referate über Geburts- und Säuglingspflege: **Donald**, The Diagnosis of early pregnancy. 355. — **Cragin**, Recent advances in obstetrics. 355. — **Balsch**, Wandlungen in der operativen Geburtshilfe. 376. — **Derscheid-Dreicourt**, Riesenwuchs des linken Beines. 356. — **Sanes**, Intrapartum vaginal ovariectomy. 356. — **Gminder**, 100 Fälle von Morphin-Skopolamin-Narkose. 357. — **Hegar**, Operative Ara der Geburtshilfe. 357. — **Rybakow**, Alkoholismus und Erbllichkeit. 358. — Bericht aus dem Queen Charlotte's Lying-In Hospital. 359. — **Herz**, Perforationsfrage. 360. — **Hammerschlag**, Anwendung der Abortzange. 361. — **Rudolf**, Die Federkürette. 361. — **Nijhoff**, Kaiserschnitt. 361. — **Endelmann**, Seltene Indikation. 362. — **Weisswange**, Vaginaler Kaiserschnitt bei Eklampsie. 362. — **Pfannenstiel**, Technik des zervikalen Kaiserschnittes. 362. — **Rubeska**, Sectio caesarea cervicalis. 363. — **Fromme**, Extraperitonealer Kaiserschnitt. 363. — **Spaeth**, Zervikaler Kaiserschnitt. 364. — **Sellheim**, Uterusbanchdeckenfistel. 364. — **Mathes**, Osteoplastische Beckenerweiterung. 365. — **Bumm**, Indikationsstellung bei der Pubotomie. 366. — **Drennan**, Normally there should be no hemorrhage. 366. — **Mayer**, Verhütung des Puerperalfiebers. 366. — **Ruth**, Curettage and puerperal sepsis. 367. — **Bell**, Puerperal hemorrhage. 367. — Rezensionen: **Volz**, Das Foramen „interventrikuläre“. 368. — **Bürger**, Geburtsleitung. 368. **Ziehen**, Psychiatrie. 369. — **Nassauer**, Der Arzt. 370. — **Mathes**, Hebammenlehrbuch. 371. — **Chrobak** und **von Rosthorn**, Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. 373. — **Israel**, Folia urologica. 374. — **Herz**, Hauskuren. 375. — Referate aus ärztlichen Gesellschaften. 375. — Praktische Mitteilungen und Notizen. 379. — Feuilleton: Die Laufkur. (Schluss.) 381. — Literatur. 384.

Nachdruck bedarf der Genehmigung des Verlegers — Referierung mit Quellenangabe erbeten. — Sonderabdrücke verboten.

Drei Fälle von Erhaltung des Hymens mehrere Jahre nach der Verheiratung und Schwangerschaft in derselben Familie.

Von Dr. Marx (Arzt von St. Lazare).

(Revue de thérap. méd. chirurg. No. 28, 1. Dezember 1907, pag. 803.)

Deutsch von Dr. Freudenberg - Dresden.

Im Jahre 1899 zu einer jungen Dame gerufen, Frau N., die an pyämischen Symptomen mit meningitischen Erscheinungen litt, war ich im Begriffe, eine Scheidenuntersuchung vorzunehmen, um mich darüber zu unterrichten, ob nicht etwa bei dieser Kranken Vereiterungen der Adnexe bestanden.

Zu meiner Überraschung stellte ich dabei fest, dass das Hymen dieser jungen Frau vollkommen intakt war. Es handelte sich um ein ringförmiges Hymen von fester Beschaffenheit mit einer kleinen Öffnung, welches sehr fleischig war. Ich führte daher die Rektal-exploration aus, wie ich dies bei Kindern und jungen Mädchen zu tun gewöhnt bin, und konstatierte so, dass die Adnexe vollständig unbeteiligt waren.

Die Kranke starb nach Verlauf weniger Tage. Ich wagte es aber nicht, den Schmerz des Ehemannes aufs neue wachzurufen oder zu steigern, da dieser einen sehr finstern und zugleich sehr heftigen Charakter besass und ich ihn deshalb nicht zu einem möglichen und doch überflüssigen Wutausbruch reizen wollte; so hütete ich mich, an ihn indiskrete Fragen zu richten.

Er war seit zwei Jahren verheiratet und während dieser beiden Jahre gezwungen gewesen, um seiner sehr ängstlichen und nervösen jungen Frau Schmerzen zu ersparen, den Beischlaf in einer sehr illusorischen Form auszuüben.

Ein Jahr nach dem Tode seiner ersten Gattin heiratete er die Schwester derselben.

Ein Jahr nach diesem zweiten Eheschluss liess er mich zu seiner jungen Frau rufen. An heftigen Schmerzen im Unterleib leidend, floss bei dieser ein fötides, schmutziges, dickes Sekret aus der Vulva, welches den Ausflüssen ähnelte, wie sie eine Fehlgeburt zu begleiten pflegen. Gleichzeitig bestand ein hochgradiger fieberhafter Zustand, verbunden mit heftigem Kopfschmerz.

Durch Befragung der Umgebung ermittelte ich, dass die Periode seit drei Monaten ausgeblieben war.

Ich wollte eine Scheidenuntersuchung vornehmen, sah mich aber, ebenso wie bei der Schwester, daran durch ein persistierendes, ringförmiges, fleischiges Hymen verhindert, welches eine kleine, zentralgelegene Öffnung besass und kaum die Spitze des kleinen Fingers eindringen liess.

Gross aber wurde meine Überraschung, als ich durch dieses Hymen hindurch einen harten Körper durchfühlte, der die Empfindung eines fötalen Teiles hervorrief.

Der Zustand der Kranken war sehr beunruhigend und ich be-

stellte kollegiale Hilfe für den Nachmittag. Unter Chloroformnarkose öffnete ich alsdann das Hymen mit dem Thermokauter in weitem Umfang und konnte nunmehr mit einer passenden Zange zuerst die Scheide von einem 10 Wochen alten Fötus und sodann die Gebärmutter von einem Mutterkuchen befreien, der, gleich dem Embryo schon seit mehreren Tagen mazeriert war. Ich beschloss die Operation mit einer Ausschabung des Fundus und einer Drainage des Uterus.

Entgegengesetzt dem, was ich bei dem ersten Falle tun zu müssen geglaubt hatte, befragte ich nach erfolgter Herstellung der Patientin den Ehemann und erfuhr, trotz seiner Versuche, dies in Abrede zu stellen, dass meine Vermutungen richtig gewesen waren.

Dieser gute Mann hatte seine Frau in derselben Weise geschwängert, in der er mit der ersten verfahren war, d. h. indem er den Akt des Beischlafes nur andeutete, anstatt ihn regelrecht auszuüben.

Noch grösser aber wurde mein Erstaunen, als ich aus dem Munde der Mutter der beiden jungen Frauen erfuhr, dass diese sich selber seit ihrer ersten Entbindung in einem noch weit sonderbarerem Zustand befunden hatte.

Diese Dame (Frau M. T.), die von Dr. Jacquemier, dem Arzte der Pariser Maternité, vor ungefähr 30 Jahren entbunden worden war, hatte trotz der ausgetragenen Schwangerschaft noch ein vollkommen intaktes Hymen besessen.

Und aus dein Briefe, den diese arme Mutter mir nach der Operation ihrer Tochter schrieb, ersah ich noch, dass Dr. J. hierüber gar nicht so sehr verwundert gewesen war, denn, so schrieb sie, es war der zweite Fall dieser Art, den jener beobachtete, seit er die geburtshilfliche Praxis ausübte.

Er war, wie es scheint, gleichfalls genötigt, das Hymen mit dem Thermokauter oder vielmehr dem Kauter der damaligen Zeit zu zerstören, um die Entbindung zu ermöglichen.

Das, was bei der hier veröffentlichten Beobachtung so auffallend erscheint, ist nicht sowohl das Persistieren des Hymens zwei Jahre nach dem Koitus oder nach einer Befruchtung, sondern vielmehr der Zusammenhang, der zwischen den 3 beobachteten Fällen bei ein und derselben Familie besteht. Es muss also hier bei diesen drei Personen eine ganz besondere Bildung des Hymens bestehen, mit einer sehr grossen Resistenz der bei allen dreien sehr fleischigen und sehr dicken Membrane.

Diese 3 übereinstimmenden Familienfälle haben, wie ich annehme, keinen Bezug zu den nachstehend in einem kurzen historischen Überblick über die Frage des persistierenden Hymens zu erwähnenden Vorkommnissen.

In seiner Studie „Attentat aux mœurs“ vom Jahre 1898 spricht Thoinet bei seinen Ausnahmen von dem allgemeinen Gesetz von deflorierten Frauen, welche ihr Hymen unverletzt bewahrt haben.

Durch zahlreiche Beispiele, sagt er, von Gerichtsärzten und Geburtshelfern des In- und Auslandes, ist es festgestellt:

1. dass eine Frau ihr Hymen intakt erhalten kann nach einem einzelnen gewaltsamen oder freiwilligen geschlechtlichen Verkehr;
2. dass nach regelmässigem geschlechtlichem Verkehr eine Frau mit einem unverletzten Hymen bis zum Geburtseintritt gelangen kann und dass dieses endlich sogar nach der Entbindung noch erhalten geblieben sein kann.

Beispiele:

A. — Fall von Chabert — Mädchen, einmal gewaltsam missbraucht, kommt mit integerem Hymen nieder.

B. — Fall von Caspar — Persistierendes Hymen nach regulärem Geschlechtsverkehr und Entbindung. (Gerichtliche Medizin von Caspar-Liman).

Dr. St. Clair von Glasgow veröffentlichte im Jahre 1873 im Med. Journ. eine Beobachtung, betreffend eine Frau von 43 Jahren, seit 22 Jahren verheiratet, die ein starkes persistierendes Hymen aufwies; ebenso den Fall einer jungen Frau von 30 Jahren, seit 10 Jahren verheiratet, mit einem intakten, kräftigen, eng durchbohrten, elastischen und nachgiebigen Hymen.

Parent-Duchatelet führt Fälle von Prostituierten mit intaktem Hymen an.

Taylor zitiert Beobachtungen an Dirnen mit persistierendem Hymen seit 7, 8 und 11 Jahren. Eine derselben, sagt er, hatte ein hartes und knorpelartiges Jungfernhäutchen.

Baudeloque führt den Fall einer Frau an, die er entbunden hatte und bei der das Hymen erst beim Durchtritt des fötalen Kopfes zerriss.

Martinelli (1872) berichtet in den Annales d'hygiène et de médecine légale über eine Frau von 30 Jahren. Bei der Entbindung derselben drückte der Fötus einen doppeltperforierten Blindsack bis auf 3 cm vor der Vulva vor sich her. Die Frau war seit 10 Jahren verheiratet.

Budin (Obstétrique et gynécologie, vom Jahre 1886, erschienen bei O. Doin) erzählt, dass er in der Entbindungsanstalt binnen dreier Monate unter 75 Erstgebärenden 13 Fälle von intakten Hymen beobachtet habe. Bei diesen waren die Ränder weich und sie liessen, ohne zu zerreißen und ohne Widerstand drei Finger eindringen.

Dastarac (Dissertation von 1890) veröffentlichte 47 Beispiele von integerem Hymen bei schwangeren Frauen.

Stolz (Strassburg) hat den Fall einer Frau publiziert, welche ihr Hymen in der Form eines nachgiebigen Diaphragmas nach ihrer ersten Entbindung unverletzt erhielt; bei der zweiten jedoch riss es ein.

Budin berichtete 1879 über eine öffentliche Dirne von 22 Jahren, welche syphilitisch und im 7. Monat schwanger war und seit ihrer ersten Entbindung ein unverletztes Hymen besass. Dieselbe kam mit einem siebenmonatigen Fötus nieder, der weich und maziert war und gleichfalls ihr Hymen nicht zerstörte.

Aus allen diesen Beobachtungen folgt:

Erstens, dass in Fällen von Persistenz des Hymens nach der Schwängerung sich die Befruchtung auf eine doppelte Weise vollziehen kann, entweder unter Eindringen der Samenflüssigkeit durch das Orifizium des Hymens bei einem Coitus vaginalis, oder vermittels Eintrittes des männlichen Gliedes in den Vaginalkanal ohne Einreissen eines elastischen Hymens;

zweitens, dass selbst nach der Schwangerschaft und selbst nach der Entbindung grössere Hymen durch ihre Elastizität sich auseinanderdehnen lassen, um gleich nachher wieder ihren normalen früheren Umfang zurückzugewinnen;

drittens, dass das Schicksal des Hymens gegenüber dem Beischlaf also von seiner anatomischen Konstitution abhängt.

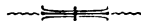
Man kann sagen, dass zahlreiche Formen der Hymenausgestaltung, die lippenförmigen, die weitgeöffneten, die niedrig geränderten, die weichen und die dehnbaren den Penis eindringen lassen, ohne zu zerreißen.

Alle festen und solche mit kleinem Orifizium reißen ein.

Schlussfolgerungen.

Von den drei obenstehend veröffentlichten Beobachtungen betrifft die erste einen Fall von Coitus vaginalis ohne Befruchtung, die beiden andern Fälle von Vestibularkoitus mit Fötkundation.

In der ganzen Literatur aber — und das macht das Interessante dieser Mitteilung aus — liessen sich nicht 3 Fälle von hymenaler Persistenz bei einer Mutter und ihren zwei Töchtern auffinden, nach mehrjähriger Ehe bei allen dreien, bei zweien sogar nach Befruchtung und Schwangerschaft. —



Juristische Zurechtstellung und Beantwortung der im 11. Hefte des „Frauenarzt“ von 1907 von Herrn Dr. Mensinga in Flensburg behandelten Frage: „Hat der Arzt das Recht, bei einer tuberkulösen schwangeren Frau im 2. Monat den Abort einzuleiten?“

Von Dr. jur. Block in Flensburg.

(Schluss.)

Es fragt sich dann noch, ob die Einleitung des Abortes zur Rettung der Mutter und die dadurch herbeigeführte Vernichtung des keimenden Lebens rechtswidrig ist, d. h. also, ob sie ein staatliches Strafgesetz verletzt. Rechtswidrig ist eine Handlung nicht schon deshalb, weil sie alle von einem einzelnen Gesetzesparagraphen erforderten Tatbestandsmerkmale enthält; der Scharfrichter, der den rechtskräftig zum Tode Verurteilten hinrichtet, begeht keinen Mord, obwohl er vorsätzlich einen Menschen tötet und die Tötung mit Überlegung ausführt, denn diese Tötung ist keine Verletzung

des Strafgesetzes, sie ist nicht rechtswidrig. Und die Rechtswidrigkeit der Handlung ist die selbstverständliche Voraussetzung sowohl der vorsätzlichen Tötungsdelikte als auch der Abtreibungsverbrechen. Die vorsätzliche Tötung und die vorsätzliche Abtreibung einer Leibesfrucht bleibt deshalb nicht nur auf Grund der sogenannten allgemeinen Strafausschliessungsgründe wie Notwehr und Notstand, strafflos, sondern auch überall da, wo die Rechtswidrigkeit der Tötung bezw. Abtreibung durch Amts-, Dienst- oder Berufspflicht ausgeschlossen ist, z. B. bei der eben erwähnten Vollstreckung des Todesurteils, bei der Tötung eines Widersetzlichen in rechtmässiger Anwendung obrigkeitlichen Zwanges, (insbesondere durch einen Polizeibeamten) und bei der Abtreibung der Leibesfrucht oder Tötung des Kindes in der Geburt zur Rettung des Lebens der Mutter durch den behandelnden Arzt. Die Tötung des Kindes in der Geburt zur Rettung der Mutter ist also, abgesehen von dem Gesichtspunkte des Notstandes, (falls die Mutter selbst oder ein Angehöriger die Tötung vornimmt) wegen fehlender Rechtswidrigkeit deshalb strafflos, weil die pflichtmässige Ausübung seines Berufes dem Arzte die Rettung der Mutter nötigenfalls unter Vernichtung des zu einer Selbständigkeit noch nicht gelangten, und deshalb noch einen Teil der Mutter bildenden, Kindes gebietet. Dasselbe gilt von der Abtreibung eines erst zwei Monate alten Embryo, und zwar um so mehr, als es sich hier um eine Frucht handelt, die auch nicht einmal zu einem Teile aus dem Mutterleibe herausgetreten ist. Diese Ansicht haben die grössten Strafrechtslehrer ausgesprochen wie O l s h a u s e n, B i n d i n g, M e y e r, O p p e n h o f f, deren Werke ich auch zu der vorliegenden Entgegnung benutzt habe; ja man geht in der Literatur sogar so weit, den Satz aufzustellen, das Recht, den Embryo zur Rettung des Lebens der Mutter opfern zu dürfen, beruhe auf Gewohnheitsrecht (cf. S t o o p: Chirurgische Operationen).

Es ergibt sich aus dem allen, dass der § 218 des Strafgesetzbuches auf einen Arzt, der, um das Leben der schwangeren Frau zu retten, den Abort einleitet, nicht Anwendung finden kann, weil seine Tat sich nie als eine rechtswidrige darstellt. Der § 218 kann den Arzt also in keiner Weise beeinflussen.

Jetzt komme ich zur zweiten Frage. Unterlässt der Arzt mit Rücksicht auf die Bestrafung der Abtreibung die Einleitung des Abortes, und geht dadurch, wie der Arzt von Anfang an erkannte, das Leben der Mutter verloren, so hat er, wie Herr Dr. Mensinga annimmt, die Strafe aus § 222 des Strafgesetzbuches wegen fahrlässiger Tötung zu erwarten. Zur Beantwortung der Frage, ob dies richtig ist, bedarf es zunächst der Feststellung, was unter Fahrlässigkeit zu verstehen ist. Fahrlässigkeit ist die Ausserachtlassung pflichtmässiger Sorgfalt. Den Tod eines Menschen verursacht also fahrlässig, wer den durch seine Handlung eingetretenen Erfolg des Todes zwar nicht bei der Handlung beabsichtigte, bei Anwendung der gewöhnlichen Vorsicht und Sorgfalt aber den Tod als mögliche Folge seiner Handlung voraussehen konnte, aber nicht voraussah. Die Fahrlässigkeit kann auch darin bestehen, dass der Täter unter Ausserachtlassung der schuldigen Aufmerksamkeit das zu tun

unterlassen hat, was er zu tun rechtlich verpflichtet war. In diesem Falle ist also der nicht gewollte und nicht vorausgesehene Erfolg, der aber bei Anstellung einer sorgsamten Überlegung hätte vorausgesehen werden können, infolge der Unterlassung eingetreten. Der § 222 kann also auch nicht zur Anwendung kommen, da ja bei dem Arzte, der trotz seiner festen Kenntnis von dem ohne die Einleitung des Abortes unvermeidlichen Tode der Mutter, die schwangere Frau sterben lässt, eine Fahrlässigkeit nicht vorliegt. Denn hier hat ja der Arzt den Tod ganz genau vorausgesehen und gewusst, dass die Unterlassung der Abtreibung den Tod der Mutter unbedingt zur Folge haben müsse. Er hat den Tod also nicht fahrlässig herbeigeführt, er hat vielmehr absichtlich einen Zustand nicht abgeändert, von dem er sich bewusst war, dass er den Tod der Patientin herbeiführen müsse. Dass ist keine Fahrlässigkeit sondern eher Vorsatz. — Es könnte sich also, da weder § 218 noch § 222 für unseren besonderen Fall zur Anwendung gelangen können, der Arzt hier vielmehr stets die Einleitung des Abortes vornehmen muss, nur fragen, ob nicht statt des § 222 der § 211 des Strafgesetzbuches (Mord) auf denjenigen Arzt zutrifft, der, statt seine Patientin zu retten, was, wie er wusste, in seiner Macht stand, dem Gescheicke absichtlich seinen Lauf lässt und der dadurch, was er ebenfalls wusste, den Tod der Patientin herbeiführt. Dieser Fall ist auch meiner Ansicht nach gleichbedeutend mit einem Morde. Denn der Mord, ein Verbrechen, welches regelmässig eine Tätigkeit voraussetzt, kann auch durch eine Unterlassung begangen werden, wenn eine besondere Rechtspflicht zur Tätigkeit vorliegt. Diese Rechtspflicht kann unmittelbar auf gesetzlicher Anordnung beruhen oder aus einem Vertrage hervorgehen. Daher begehen die Eltern, die ihr Kind absichtlich verhungern lassen, einen Mord, weil die Pflicht der Eltern zur Ernährung der Kinder auf gesetzlicher Vorschrift beruht, und auch der Arzt, der zu einer kranken Person zugezogen wird und die Behandlung übernimmt, begeht einen Mord, wenn er absichtlich eine Operation unterlässt, die, wie er weiss, allein imstande ist, den drohenden Tod zu verhindern, denn auch für ihn liegt eine Rechtspflicht zur Tätigkeit vor, er übernimmt diese Pflicht durch Übernahme der Behandlung, durch ausdrücklichen oder stillschweigenden Vertrag mit dem Kranken oder den Personen, auf deren Bitte er die Behandlung übernimmt. Diese beiden Fälle des durch Unterlassung begangenen Mordes sind aber unter sich insoweit verschieden, als die Eltern, die ihr Kind verhungern lassen, es rechtswidrig und vorsätzlich in den körperlichen Zustand versetzen, der den Tod herbeiführt, während der Arzt den Zustand, der den Tod zur Folge hat, nicht verschuldet hat.

Eine fahrlässige Tötung würde der Arzt, seine Verpflichtung zur Tätigkeit vorausgesetzt, durch Unterlassung begehen, wenn er auf Grund einer falschen, wissenschaftlich ungerechtfertigten Diagnose, deren Unrichtigkeit er bei Anwendung der gewöhnlichen Sorgfalt unbedingt erkennen konnte aber nicht erkannte, eine Operation unterlässt, die allein das Leben sicher erhalten und die der Arzt auch bei sorgfältiger Überlegung als das einzig geeignete

Mittel zur Rettung des Kranken erkannt und angewendet haben würde.

Selbstverständlich bedarf es, was in dem von Herrn Dr. Mensinga besprochenen Fall Voraussetzung war, für die Strafbarkeit des Arztes in den Fällen des Mordes oder der fahrlässigen Tötung durch Unterlassung einer Operation, der Feststellung, dass die Operation das einzige Mittel war, den Tod abzuwenden und dass der Arzt dies wusste oder infolge von Fahrlässigkeit nicht wusste, eine Feststellung, die wohl im einzelnen Fall sehr schwer getroffen werden kann, da doch auch unter den Ärzten abweichende Ansichten über Heilmethoden und Anwendung von Heilmitteln bestehen. Gab es neben der Operation noch andere Wege zur Rettung des Lebens des Kranken, so kann natürlich die Unterlassung der Operation eine Strafbarkeit des Arztes nicht begründen, auch wenn der Tod gerade infolge der Unterlassung der Operation eingetreten ist.

Als Resultat dieser Ausführungen ergibt sich also, dass der Arzt ohne irgendwelche Behinderung durch das Strafgesetzbuch zur Rettung eines Menschenlebens stets diejenigen Mittel anwenden kann, welche er aus Wissenschaft oder Erfahrung als das Beste kennen gelernt hat, und dass insbesondere in dem von Herrn Dr. Mensinga besprochenen Fall für den Arzt hinsichtlich der §§ 218 und 222 des Strafgesetzbuches ein circulus vitiosus nicht besteht.



Polemisches.

Von Dr. med. Mensinga I.

Frauenarzt in Flensburg und Bad Reichenhall.

In den Therapeutischen Monatsheften vom 31. Mai 1908, Heft 5, lese ich unter VII Varia folgendes:

„Nach dem Sitzungsbericht der Gesellschaft der Charité-ärzte vom 11. Juni 1907 ist bei Tuberkulose der Mutter das Stillen unbedingt zu verbieten. Die Tuberkulose macht beim Stillen oft sehr rasche Fortschritte und zudem besteht die Gefahr, dass die Tuberkelbazillen mit der Milch auf das Kind übertragen werden. Daher ist die Tuberkulose der Mutter vielleicht der einzige stichhaltige Grund, aus welchem das Stillen untersagt werden muss.

Berlin. klin. Wochenschrift 1907, S. 1434.“

Dazu habe ich meine Bemerkungen:

1. Wenn das Stillen diesfalls verboten werden soll, so ist doch mindestens eine abermalige Gravidität auch zu verbieten, das ist logisch;
2. das Kind einer Tuberkulösen ist in gewissem Grade widerstandsunfähig, — darf also mit der Flasche nicht ernährt werden; es muss Muttermilch haben, wenn keine Amme er-

hältlich, woher soll das Kind dann eine unentbehrliche zusagende Nahrung bekommen?

3. Hat das Kind gesunde Verdauungsorgane, so verdaut es auch, ohne Schaden zu nehmen, die Milch einer tuberkulösen Mutter, wenn
4. ihre Milchdrüsen tadellos funktionieren, also keine tuberkulöse Herde besitzen;
5. hat das Kind keine guten Verdauungsorgane, dann kann es bekommen, was es will — dann ist aller Liebe Müh' umsonst; es ist verloren;
6. wenn eine Frau anerkannt tuberkulös ist, weshalb gestattet man ihr dann die Schwangerschaft?
7. Stellt sich die Tuberkulose, die vorher nicht vorhanden, erst bei der ersten Schwangerschaft, also, annehmbarerweise, infolge derselben ein, so ist allerdings jede fernere physiologische Aufgabe von ihr auf immer fernzuhalten; auch die periodische monatliche Blutaussgabe; solchergestalt ist die Kastration einzig indiziert. Anstatt der Kastration kann in einigen Fällen, namentlich da, wo die ungeschwächte Erhaltung der Libido erforderlich ist, die Verödung des cavum uteri bewirkt werden. Die allgemeine Ernährung wird auch günstig dadurch beeinflusst, nur wird dann die Patientin 1—2 Tage in jedem Monate von uteruskolikartigen Schmerzen befallen.
8. Unter günstigen Verhältnissen würde man mit Rücksicht auf Punkt 4 Stillung gestatten können, da die Kastration die Milchsekretion eher fördert als hemmt; man muss da individualisieren und der Psyche der Mutter in jeder Weise zarte Rücksicht zu Teil werden lassen, wodurch ein bedeutender Einfluss auf ihr somatisches Wohl gewonnen wird;
9. die Fortpflanzung seitens Tuberkulöser ist ein nationales Unglück und sozialhygienisch Verderben bringend;
10. Obiges möchte ich den Charitéärzten zur Beherzigung auf die Seele binden.

Bad Reichenhall, Juni 1908.

M e n s i n g a I.

Mastitis cystica chronica.

Von Dr. John S p e e s e ,

Lehrer an der Universität von Pennsylvania.

Deutsch von Dr. F r e u d e n b e r g - Dresden.

(Schluss.)

Die entgegengesetzte Brustdrüse sollte stets sorgfältig untersucht werden, denn in einer gewissen Anzahl von Fällen ist sie in ähnlicher Weise erkrankt. Die Geschwulst verursacht oftmals Schmerz und fühlt sich bisweilen bei der Palpation weich an. Die Haut ist

nirgends adhärent, und die Warze ist manchmal eingezogen, wie W a r r e n erklärt. In den von uns beobachteten Fällen war dies jedoch niemals zu bemerken. Die Achseldrüsen findet man gelegentlich vergrößert, jedoch ist ihre Härte niemals so erheblich wie im Falle sekundärer Karzinomknoten; auch ist die Erweiterung derselben nicht fortschreitender Natur.

Die chronische kystische Mastitis ist missverständlicherweise meist für ein Karzinom gehalten worden, oder für eine puerperale Mastitis infektiösen Ursprungs, für eine adeno-fibromatöse Geschwulst oder für irgend eine der verschiedenen Formen von Retentionskysten. Die Diagnose ist in vielen Fällen tatsächlich nicht möglich, und bisweilen kann eine sichere Diagnose auf Grund des mikroskopischen Befundes erst nachträglich d. h. post operationem gestellt werden. Im Universitätshospital besteht die Gepflogenheit, von allen Mammafällen, in welchen die Diagnose irgendwie ungewiss ist, Gefrierdurchschnitte herzustellen. Diese Massregel ist darauf berechnet, der Kranken eventuell viel Unbequemlichkeiten zu ersparen. Denn wenn die Diagnose auf Malignität gestellt werden kann, während sich die Patientin noch in der Narkose befindet, so ist der Gefahr eines zweimaligen operativen Eingriffes vorgebeugt, indem die erste Operation unmittelbar in radikalster Weise vervollständigt wird. Die Frage betreffend die Ratsamkeit einer radikalen Entfernung der Mamma in Fällen, welche die allerersten Spuren einer karzinomatösen Veränderung, ausgehend von einer chronischen kystösen Mastitis, aufweisen, ist eine ausserordentlich wichtige. In einer der beschriebenen Fälle wurde die gewöhnliche plastische Entfernung des Drüsengewebes ausgeführt und seine maligne Natur erst später bei der mikroskopischen Untersuchung erkannt. Nach sechs Monaten war kein Rückfall eingetreten, trotzdem eine Radikaloperation unterblieben. Indes scheint ein allzu konservatives Verfahren ein entschiedenes Wagnis zu sein. Nach des Verf.'s Meinung ist die völlige Amputation rücksichtlich des gegenwärtigen Standes unserer Kenntnisse vom Brustkrebs, von seiner Verbreitung und von dem Wesen der operativen Resultate bei den modernen chirurgischen Verfahren durchaus gerechtfertigt. Sollte man jedoch auf eine radikale Operation nicht zukommen, so müsste in dem betreffenden Falle wenigstens die Patientin unter sorgfältige Kontrolle gestellt werden, damit die ersten Spuren eines Rezidives sofort vom Arzte erkannt werden.

Berücksichtigt man die Gefahren einer malignen Entartung in einem so hohen Prozentsatz der Fälle, so ist die Entfernung der erkrankten Teile unter allen Umständen indiziert. Bis vor wenigen Jahren wurde die Mammaamputation ausgeführt, doch lässt sich diese entstellende Operation mit Zuhilfenahme der W a r r e n'schen Methode vermeiden. Diese besteht darin, dass man eine Inzision an der Basis der Brustdrüse macht, die sich bis zum inneren Rand der Axilla erstreckt, um die von der Mamma nach der Achselhöhle gehenden Lymphgefässe zu exstirpieren. Alsdann wird die Brustdrüse von dem Musculus pectoralis abpräpariert und aufwärts gerichtet, um an ihre Rückfläche zu gelangen. Kysten oder Indurationen

können dabei durch die Exzision von keilförmigen Schnitten entfernt und die Mamma selbst durch radiäre Inzisionen nach jeder Richtung hin durchforscht werden. Die Öffnungen werden mit Katgut verschlossen, und wenn ein umfangreicher Teil der Drüse entfernt worden ist, so bringt eine fortlaufende Naht das zurückgebliebene Gewebe zusammen. Fasst man die Hautlappen in entsprechender Weise zusammen, so bildet sich ein deutliches Vorstehen der Brustwarze aus und das Organ gewinnt wieder seine charakteristische Gestalt. Die Operation hat nahezu stets Heilung im Gefolge, die Kysten rekurrirten selten und der kosmetische Erfolg ist ein höchst befriedigender.

Für die Erlaubnis über die nachstehenden Fälle berichten zu dürfen, spricht der Verf. den Chirurgen, in deren Abteilungen sie vorkamen, seinen Dank aus.

I. Fall. — (Dr. Frazier.) T. Y., 47 Jahre alt, kinderlos verheiratet. Vor Jahresfrist wurde die rechte Mamma wegen Karzinoms amputiert; kein Rezidiv. Vor 3 Tagen wurde ein Knoten in der linken Brust bemerkt, der im obern äussern Quadranten sass und etwa walnussgross war. Der Tumor war hart, der Haut nicht adhären, beweglich in seiner Umgebung und nicht schmerzhaft. Operation: Amputation wegen Malignität des Tumors der andern Brustdrüse. Die Mamma enthielt eine Anzahl kleiner Kysten neben der einen grössern, die man gefühlt hatte, und war in ihrer ganzen Masse durchsetzt. Ergebnis: Heilung, festgestellt 3 Monate p. o. Pathologische Diagnose: Mastitis cystica chronica.

II. Fall. — (Dr. Martin.) A. H., 22 Jahre alt, verheiratet, 1 Kind. Die Geschwulst sass im obern Quadranten der linken Brust, bestand seit 2 Monaten, war eigross und schmerzhaft; Achseldrüsen normal. Operation: Exzision des indurierten Gewebes. Resultat: Kein Rückfall nach 10 Monaten. Pathologische Diagnose: Chronische kystische Mastitis.

III. Fall. — (Dr. Frazier.) L. J., 37 Jahre alt, verheiratet, 3 Kinder. Die Geschwulst sass im obern äussern Quadranten, bestand seit 3 Jahren und war leicht schmerzhaft. Die Untersuchung ergab eine Menge kleiner Knötchen in der Brust. Die gesamte Masse derselben hat die Grösse einer Zitrone; keine Adhärenz, Achseldrüsen nicht infiltriert. Operation: plastische Resektion. Resultat: Heilung, nach 12 Monaten. Pathologische Diagnose: Mastitis chronica cystica.

IV. Fall. — (Dr. Frazier.) M. B., 40 Jahre alt, verheiratet, 1 Kind. Der Tumor war eigross, sass im obern äussern Quadranten der Brust, war beobachtet seit 5 Wochen; es bestanden keine Adhärenzen zwischen der Geschwulst und ihrer Umgebung. Haut und Achseldrüsen nicht beteiligt. Operation: plastische Resektion des Tumors. Einen Monat später werden eine Anzahl Kysten in der Brust fühlbar und die Axillardrüsen sind vergrössert. Wegen Gefahr der Malignität wurde, trotzdem nach der ersten Operation die Diagnose auf chronische kystöse Mastitis gestellt war, die ganze Brust amputiert und die Achsel ausgeräumt. Letztere ergab sich bei der mikroskopischen Untersuchung als der Sitz eines chronisch-entzündlichen Prozesses. Die Brust, frei von jeder malignen Degeneration, erwies sich in ausgedehntem Male verändert. Resultat: Heilung, ermittelt nach 8 Monaten. Pathologische Diagnose: Chronisch-kystische Mastitis.

VI. Fall. — (Dr. Martin.) L. P., 45 Jahre alt, verheiratet. Die Krankheit wurde ermittelt 2 Wochen vor Aufnahme ins Hospital infolge eines um diese Zeit auftretenden Schmerzes. Der walnussgrosse Tumor sass im obern Quadranten und war nicht adhären. In der Achsel spärliche Knoten zu fühlen. Operation: Amputation. Resultat: Heilung, beobachtet nach 16 Monaten. Pathologische Diagnose: Mastitis cystica chronica et Adenocarcinoma.

VII. Fall. — (Dr. Frazier.) S. N., 45 Jahre alt, verheiratet, 2 Kinder. Störung beobachtet nach einem Sturz vor 3 Jahren; 3 Wochen später ein Tumor in der Brust gefühlt. Die Untersuchung ergab eine Masse im untern innern Quadranten der Mamma. Keine Adhärenz mit den benachbarten Gewebsteilen, dagegen häufige heftige Schmerzen. Achsel frei. Operation: Amputation. Erfolg: Heilung, nach 2 Jahren festgestellt. Pathologische Diagnose: Chronische kystische Mastitis.

VIII. Fall. — (Dr. Frazier.) J. S., 47 Jahre alt, verheiratet, keine Kinder. Geschwulst im untern äussern Quadranten der Brust seit 3 Monaten, schmerzlos, freibeweglich und kleinapfelsinengross. Achseldrüsen unbeteiligt. Operation: plastische Resektion der Masse. Ergebnis: Heilung, noch nach 3 Monaten. Pathologische Diagnose: Mastitis cystica chronica.

IX. Fall. — (Dr. Martin.) S. R., 45 Jahre alt, verheiratet, 1 Kind. Seit 5 Jahren fühlt Patientin eine kleine Geschwulstmasse im untern äussern Quadranten der Mamma. Symptome machte dieselbe bisher nicht; erst wenige Wochen vor der Operation trat eine heftige Schmerzhaftigkeit auf und der bis dahin etwa walnussgrosse Tumor nahm rasch an Umfang zu. Die Haut war adhären, das tiefer sitzende Gewebe jedoch frei. Operation. Exzision der Brust; Entfernung der Achseldrüsen (letztere waren vergrössert). Ergebnis: Heilung, festgestellt 14 Monate p. o. Pathologische Diagnose: Mastitis chronica cystica et Adenocarcinoma.

X. Fall. — (Dr. Carnett.) Patientin 43 Jahre alt, ledig, hat bereits mehrmals eine Operation der rechten Brustdrüse durchgemacht. Es wurden aus derselben 2 Kysten entfernt, jedoch nicht mikroskopisch untersucht. Seit mehreren Monaten klagt dieselbe über Schmerzen in der linken Brust, in der sich bei der Untersuchung drei deutliche Kysten finden, die eine an der innern Seite der Warze, die anderen je im obern und untern äussern Quadranten der Brust. Die Tumoren waren frei beweglich, die Lymphdrüsen nicht verdickt, die Haut nicht adhären. Operation: plastische Resektion. Alles Drüsengewebe wird mit entfernt, weil es extensiv beteiligt ist. Erfolg: Heilung, festgestellt nach 3 Monaten. Pathologische Diagnose: Die gewöhnlichen Läsionen der chronischen kystösen Mastitis und frühe maligne Degeneration in Form des Adenokarzinoms.

XI. Fall. — (Dr. White.) J. B., 49 Jahre alt, verheiratet, 2 Kinder. Vor 5 Jahren wurden zuerst Schwellungen in der rechten Mamma beobachtet, einige Jahre später auch in der linken. Es bestand weder spontaner noch Druckschmerz. Axilla frei. Operation: wegen rapiden Wachstumsfortschrittes in letzter Zeit plastische Resektion. Ergebnis: Heilung, 2 Monate p. o. Pathologische Diagnose: Chronische kystische Mastitis.

XII. Fall. — (Dr. Kennedy.) M. A., 20 Jahre alt, ledig, hat eine Anschwellung im äusseren Quadranten der Brust seit 5 Monaten, die schmerzt und druckempfindlich ist, aber sonst keine Symptome macht. Grösse diejenige eines Hühnereies. Exzision des indurierten Gewebes mit nachfolgender Heilung (2 Monate p. o.). Pathologische Diagnose: chronische kystische Mastitis. —



Referate über Frauenheilkunde.

Dystocia from ventral fixation. Von Humpstone, O. P. (Brooklyn, New York), The amer. journ. of obstetr. March 08.

Humpstone beschreibt 4 fremde und zwei eigene Fälle von Geburtsstörungen nach Ventrofixation, bei denen 4 mal Kaiserschnitt notwendig wurde. Er verwirft deshalb die Ausführung der Ventrofixation vor der Menopause. Tritt bei einer Frau nach der Ventrofixation Gravidität ein, so soll man, wenn möglich, vor dem 6. Monat laparotomieren, die Verwachsungen der vorderen Uteruswand lösen und dadurch dem Uterus die Möglichkeit geben, in die Höhe steigen zu können. Während der Geburt soll man versuchen, die Zervix nach unten und vorwärts zu ziehen; ist diese Massnahme ohne Erfolg, so ist das beste Mittel zur Entbindung der Kaiserschnitt. —

Burckhard - Würzburg.

High rectocele after perineal repair. Von Dickinson, R. L. (Brooklyn, New-York). The amer. journ. of obstetr. March 08.

Dickinson beschreibt eine Operationsmethode zur Vermeidung hoher Rektokelen nach Operationen. Die Details müssen im Original nachgelesen werden. — Burckhard - Würzburg.

Eine neue Modifikation in der operativen Behandlung einiger Mastdarm-Scheidenfisteln. Von Prof. Dr. von Ott in St. Petersburg. Z. f. Gyn., Nr. 18, 2. Mai 1908, pag. 577.

Der Vorschlag des Verf.'s, zumal bei Abwesenheit von orientierenden Illustrationen, eignet sich nicht zu einem kurzen Referate. In einem vom Verf. beschriebenen einschlägigen Fall kam es unfreiwillig zu einer Eröffnung der Peritonealhöhle und hierdurch zu einer ungewöhnlichen Beweglichkeit des oberen Randes des Darms. Diesbezugswertmassen nachzuahmen ist das eigentliche Neue in dem Vorschlag des Verfassers, der seine Methode ausführlich schildert und eingehend begründet. Selbstredend passt dieselbe nur für Fälle, in denen sich die sonstigen, sich ohne Eröffnung der Bauchhöhle abspielenden operativen Verfahren als nicht zum Ziele führend erwiesen haben. — Freudenberg - Dresden.

The influence of the central nervous system in the causation of uterine hemorrhages. Von Ehrenfest, H. (St. Louis, Mo.). The amer. journ. of obstetr. Febr. 08.

Ehrenfest beschreibt einen Fall von unstillbaren Metrorrhagien bei einer Hysterika, die allen therapeutischen Bemühungen trotzten und erst durch die Exstirpation des Uterus zu beseitigen waren. Dabei ergaben sich an dem exstirpierten Uterus keinerlei histologische Veränderungen. Als Ursache für diese unstillbaren Blutungen macht E. nervöse Einflüsse verantwortlich, die entweder vasomotorische Störungen oder solche im Tonus des Uterus hervorgerufen haben. Sowohl die Blutzirkulation als auch die regelmässigen spontanen Kontraktionen des Uterus stehen unter dem Einfluss des Zentralnervensystems; bei entsprechendem Nachlass des Tonus der Uterusmuskulatur oder Änderung in den vasomotorischen Einflüssen treten Störungen in der regelmässigen Blutausscheidung des Uterus ein. — Burckhard - Würzburg.

A consideration of neurasthenia in its relation to pelvic symptoms in women. Von Weiss, E. A. (Pittsburg, Pa.). The amer. journ. of obstetr. Febr. 08.

Nach Weiss bestehen bei Frauen häufig nervöse von den Beckenorganen ausgehende Symptome, bei denen keine pathologischen Veränderungen vorhanden sind. Man muss deshalb eine sehr genaue Unterscheidung zwischen Neurasthenie und einer wirklichen auf anatomischen Grundlagen beruhende Erkrankung treffen, bevor man eine Behandlung beginnt. Diese Form der Neurasthenie wird sehr häufig durch eine chirurgische Behandlung nicht nur nicht gebessert, sondern sogar verschlimmert. —

Burckhard - Würzburg.

Über die sogenannten psychoneurotischen Ausfallerscheinungen. Von Prof. Dr. M. Walther in Bern. Z. f. Gyn., Nr. 17, 25. April 1908, pag. 564.

Psychische Störungen in neurasthenischer, hysterischer, hypochondrischer oder melancholischer Form kennen zu lernen, hat der Gynäkologe die beste Gelegenheit. Kommen sie mit Genitalleiden vergesellschaftet vor, so ist es gleich verkehrt, jeden Zusammenhang zwischen ihnen und diesen zu leugnen, als auch alle derartige psychische Anomalien auf den „Unterleib“ als Ausgangspunkt zurückzuführen. Die Wahrheit liegt in der Mitte. Wird die Psyche einer Kranken beispielsweise durch Myomsymptome beunruhigt, so gibt es nur einen Weg der Behandlung, — die psychische Beruhigung. Dies wird bei Patientinnen mit Myomen ohne klinische Tumorsymptome durch Suggestion oder, wenn diese versagt, durch operative Entfernung des Tumors erreicht. Indes hat Verf. nie Gelegenheit gehabt, bei seinen Myomkranken lediglich zur Bekämpfung psycho-neurotischer Erscheinungen eine Radikaloperation vorzunehmen. Dagegen verschwanden solche Symptome sehr oft bei Myomkranken nach der aus anderer Indikation vorgenommenen Operation u. zw.:

Blutwallungen	8 mal,
Schweisskrisen	5 „
Hitzgefühl	7 „
Kältegefühl	14 „
Schwindel	18 „
Herzklopfen	20 „
Verstimmung	23 „
Angstgefühl	9 „
Schlaflosigkeit	18 „

Nach der Radikaloperation des myomatösen Uterus traten nun allerdings bei 16 Frauen = 33 Proz. der Operierten neue psychoneurotische Erscheinungen auf, aber nur bei solchen Frauen, die vorher schon anderweitige nervöse Symptome aufgewiesen hatten. Irrelevant scheint die Entfernung oder Belassung des einen oder beider Eierstöcke zu sein. Nur ein Prozentsatz von 2 Proz. ergab sich zu Gunsten der Belassung. Nach allem kommt der Verf. zu dem Schluss, dass die Radikaloperation bzw. der damit verbundene Ausfall der Genitalfunktionen keine direkt notwendige Ursache psychoneurotischer Erscheinungen ist. Dass die Exstirpation als ein psychisch nachteiliges Moment durch ungünstige Autosuggestion wirken kann, stellt Verf. selbstredend nicht in Abrede, doch erachtet er dies gegenüber der fast ausnahmslos gesteigerten Arbeitsfähigkeit und Lebensfrische für nicht sehr erheblich. Er hält daher die Bezeichnung postoperativer psychischer Symptome als „Ausfallerscheinungen“ für direkt verkehrt und erklärt es für verfehlt, sie als schwerwiegende Nachteile gegen die so leistungsfähigen radikalen Behandlungsmethoden des myomatösen Uterus ins Feld zu führen. —
Freudenberg - Dresden.

Scopolamine - morphine anesthesia in gynecologie. Von Ries, E. (Chicago). The amer. journ. of obstetr. Febr. 08.

Ries hat eine grössere Anzahl von gynäkologischen Opera-

tionen unter Skopolamin-Morphium-Narkose ausgeführt und zwar sowohl kleinere und grössere Eingriffe von der Scheide aus, als auch Laparotomien. In vielen Fällen genügte das Mittel, in einzelnen musste noch etwas Chloroform oder Äther zu Hilfe genommen werden. Üble Folgeerscheinungen stellten sich nicht ein, es war vielmehr das Erbrechen geringer als bei Inhalationsnarkosen. Starkes Durstgefühl konnte durch Darreichung von reichlichen Flüssigkeitsmengen bekämpft werden, da das Erbrechen fehlte. Auf die Darmtätigkeit, die Entleerung der Blase, den Appetit und die Wundheilung hatte das Skopolamin-Morphium gar keinen Einfluss. Eine Kontraindikation für seine Anwendung könnte höchstens zu grosse Jugend bilden, doch wurde es auch bei jugendlichen Kranken mit Erfolg verwendet. Wünschenswert ist grösstmögliche Ruhe während der Operation. —
Burckhard - Würzburg.

Phlegmonous sigmoiditis. Resection. recovery. Von Olmstedt, I. (Hamilton, Canada.) The amer. journ. of obstetr. Febr. 08.

Olmstedt beobachtete einen Fall von isolierter Entzündung der Flexura sigmoidea verbunden mit Temperatursteigerungen. Bei der Operation zeigte sich, dass die Erkrankung vollkommen lokalisiert war. Mikroskopisch zeigten sich die Erscheinungen einer starken Entzündung. Es trat völlige Heilung ein. —

Burckhard - Würzburg.

Cases illustrating common mistakes in gynecological diagnosis. Von Smith, W. S. (Baltimore, Md.). The amer. journ. of obstetr. Febr. 08.

Smith bringt einige Beiträge zu den gynäkologischen Fehldiagnosen. Bei zwei Kranken waren von verschiedenen Ärzten Myome konstatiert worden, während es sich um einfache mobile Retroflexionen handelte. Bei zwei Kranken war Aszites als Ovarialkyste diagnostiziert worden. Ferner war bei einer Kranken eine doppelseitige Pyosalpinx für ein Myom gehalten worden. Eine weitere Patientin wies die bekannten Erscheinungen der eingebildeten Gravidität auf. Sie wandte sich an einen anderen Arzt, der ebenfalls das Fehlen einer Schwangerschaft, aber das Vorhandensein eines Ovarialtumors konstatierte. Dieser Tumor löste sich aber bei der Narkosenuntersuchung in Nichts auf. Schliesslich erwähnt er noch einen Fall von nicht erkannter nervöser Blasenstörung. Als Ursache dieser diagnostischen Irrtümer betrachtet er zum grossen Teil die Art des medizinischen Unterrichts und glaubt, dass sie sich durch Einhaltung eines genauen Planes bei der Untersuchung vermeiden lassen.

Burckhard - Würzburg.

Zur Kenntnis der traubigen Schleimhautsarkome der weiblichen Genitalien im Kindesalter. Von Gräfenberg, Kiel. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 12, Heft 2.

Es handelt sich um eine bisher nicht beschriebene Ausdehnung der Sarkomentwicklung in Vagina und Uterus eines Mädchens von 25 Monaten.

4 Wochen vor der Operation war einige Tage lang schwacher Blutabgang aus der Vagina beobachtet worden, dem bald ein blutiger, mit Gewebsbröckeln vermischter, sehr riechender Ausfluss folgte. Seit 4 Wochen leidet das Kind zudem, wie seine Geschwister, an einem heftigen Keuchhusten. Die Vagina des ungewöhnlich kräftig und gross entwickelten Kindes ist in ihren oberen Teilen mit papillären, weichen Geschwulstmassen ausgefüllt. In abdomine ist median gelegen ein bis nahe zum Nabel reichender, kleinfautgrosser Tumor zu fühlen. Der erstmalig gemachte Versuch, das traubige Sarkom des Uterus und der Vagina im Kindesalter durch Entfernung der gesamten Genitalien per laparotomiam zu bekämpfen, gelingt in zweistündiger Narkose. Die Patientin erlag aber am Tage nach der Operation einem heftigen Pertussis-Anfall. Wahrscheinlich handelte es sich im vorliegenden Falle um die Entwicklung isolierter Sarkome im Uterus, an der Portio und in der Vagina. Ihre Multiplizität würde sicherlich einzig durch embryogenetische Theorien erklärt werden können. (Ribbert). — Peters-Dresden.

Histologische Veränderungen am Endometrium beim Menstrualzyklus. Von Dr. George Louis de Wald. University of Penna. medical bulletin, Vol. XXI, No. 3, Mai 1908, pag. 91.

Unter besonderer Bezugnahme auf die Arbeiten von Hitschmann und Adler (Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Januar 1908) sowie auf Grund seiner eigenen Studien, die an genannter Stelle durch schöne Abbildungen mikroskopischer Schnitte illustriert werden, führt der Verf. aus, dass alle Veränderungen bei der Menstruation, so z. B. die Hypertrophie und glanduläre Aktivität, nur Vorbereitungsmassregeln seien, um ein befruchtetes Ei aufzunehmen. Man habe gesagt, dass die Menstruation einfach den Abort eines nichtbefruchteten Eies darstelle. Diese Idee findet durch die Ergebnisse der Arbeiten des Verfassers eine neue Stütze, denn die prämenstruelle Mukosa geht ohne irgend schärfere Trennungslinie in das Endometrium der Schwangerschaft über. Bei der Beurteilung aller Menstruationsanomalien, glaubt Verf., müsse die Untersuchung der Mukosa der gewiesene Weg zur Diagnosenstellung sein. In dieser Weise sei es unendlich leichter, zu einem sicheren Resultate zu gelangen, als wenn man mit mehr oder weniger gewagten Annahmen arbeite. Schon Hitschmann und Adler haben nachgewiesen, dass die leichte Gebärmutterblutung, welche man bei Neugeborenen beobachtet und meist fötale Menstruation nennt, keine periodische Blutung ist, da sie der histologischen zyklischen Veränderungen entbehrt. Desgleichen haben sie festgestellt, dass die bislang als Endometritis glandularis bekannte Erscheinung nur die physiologische Vorbereitung auf den Eintritt der Menses darstellt. In derselben Weise lässt sich durch eine Untersuchung der fortschreitenden Phasen des Zyklus der Unterschied zwischen einer vorzeitigen und einer verzögerten Menstruation feststellen. Das als pathologisch Anzusehende kann vom rein Physiologischen getrennt werden, denn es ist nicht nur möglich zu ermitteln, ob eine atypische Blutung menstruell ist, sondern auch ob

sie den Beginn und das Ende der Regeln bezeichnet. Die Periode ist nicht ein unabhängiges Vorkommnis, sondern direkt abhängig von der zyklischen Vorbereitung. Ohne diese Präparation tritt sie nicht ein. Findet aus irgend einem Grunde diese zyklische histologische Veränderung nicht statt, so bleibt die Regel aus. Deshalb beruht die Amenorrhöe bei gewissen Krankheiten, wie z. B. Anämie, Tuberkulose etc. auf einem definitiven histologischen „Hiatus“, indem das Allgemeinbefinden einer solchen Patientin derartig herabgesetzt ist, dass es zu der zyklischen Vorbereitung nicht kommen kann.

Wenn daher in Zukunft eine Frau an atypischen Blutungen leidet, wird man dies nicht eher als eine irreguläre Menstruation ansehen dürfen, bevor man nicht durch eine mikroskopische Untersuchung der Schleimhaut diese Interpretation sichergestellt hat. Früher konnte ein Arzt, ohne die Gefahr getadelt zu werden, auf Grund der Fieberkurve die Diagnose „Malaria“ stellen, heute verlangt man den Nachweis der Plasmodien von ihm. So, sagt der Verf., sei es zukünftig möglich, irreguläre Blutungen, die nicht mit den dem vorliegenden Artikel sowie den Publikationen der beiden Österreicher beigegebenen histologischen Abbildungen übereinstimmen, als nichtmenstruell zu erkennen. Sollten daher die Ergebnisse dieser Arbeiten durch andere Nachprüfer bestätigt werden, so würde es vermutlich zu einer vollständigen Revision der Nomenklatur und Klassifikation des pathologischen Vorganges im Endometrium und infolgedessen zu einer neuen Epoche in der gynäkologischen Geschichte und Pathologie kommen. — F r e u d e n b e r g -Dresden.

Die kystischen Epitheliome des Eierstocks. Von Dr. M. Lejars. Sem. méd., 5. Februar 1908. Besprochen Revue de théér. méd. chir., 15. März 1908, pag. 212.

Der Verfasser verbreitet sich unter sehr eingehender Anführung zahlreicher Beispiele über die diagnostischen Irrtümer, welche durch diese Tumoren entstehen, besonders alsdann, wenn sie sich bei jungen Mädchen entwickeln, was er kasuistisch belegt, oder wenn sie bei jungen Frauen entstehen. Oftmals täuschen sie Gebärmutterfibroide vor, Adnexgeschwülste, Kysten mit Stieldrehung etc. Nur dann gelingt es vor der Operation zu einer richtigen Diagnose zu gelangen, wenn man die Gesamtheit aller für kystische Epitheliome charakteristischen Symptome festzustellen imstande ist: unregelmässige Oberfläche des Beckentumors, harte Konsistenz, häufigen (aber nicht konstanten) Schmerz, Aszites, Abmagerung und Veränderung der Gesichtsfarbe. Die totale Abtragung ist in den ersten Stadien der Entwicklung möglich und die Zahl der am Leben Erhaltenen unter diesen Umständen verhältnismässig gross. Weniger gute, aber noch immerhin schätzbare Resultate ergeben sich auch bei Operationen nach Beteiligung des Bauchfells und blutigem Aszites. —

F r e u d e n b e r g -Dresden.

Ein Beitrag zur internen Arhovinbehandlung bei der akuten und chronischen Gonorrhöe. Von Dr. K n a u t h, Würzburg. Münch. med. Woch. No. 16, 21. April 1908, pag. 853.

K n. empfiehlt die interne Darreichung des Arhovins in Kapseln

4—6 mal täglich, in einer Gabe von je 0,25. Die Heilungsdauer ohne jede Lokalbehandlung (während der ersten Tage nur Bettruhe und Eis) beträgt 14—30 Tage, in chronischen Fällen 40 Tage. Nie treten Komplikationen ein. — F r e u d e n b e r g - D r e s d e n .

Die medizinische Behandlung der gonorrhoeischen Infektion bei der Frau. Von Dr. Ellice Mc. Donald. The therap. Gazette, 15. April 1908; besprochen Revue de théér. méd.-chir. No. 10, 15. Mai 1908, pag. 355.

Hauptindikationen bei der Behandlung blenorragischer Infektionen der Genitalwege der Frau sind Ruhe und Sorge für Reinlichkeit. Die Ruhe besteht besonders in der Vermeidung von Schwangerschaft und Beischlaf und, da die Menstruation einen direkten Einfluss auf den Verlauf der Krankheit hat, so muss die Patientin während der Zeit der Periode zu Bett liegen, zumal in akuten Fällen.

Die Reinigung führt man am besten mit alkalischen Spülungen durch. Subluminjektionen reizen und sind unwirksam. Die besten Resultate geben doppeltkohlen-saures und schwefelsaures Natrium, indem diese beiden Mittel den Schleim und Eiter ablösen. Von ersterem nimmt man 60, von letzterem 30 Gramm auf 1 Liter Wasser. Herrscht der Eiter in der Absonderung vor, so steigert man die Menge des Glaubersalzes auf 60 Gramm. Beim Ausspülen muss man mindestens 2 Liter gebrauchen. Warme Sitzbäder sind gleichfalls von Nutzen, zumal wenn Wundsein der Hautdecken vorliegt. Zur Reinigung des Kollums, der Scheide und der Vulva bedient man sich eines Wattetampons, den man mit Holzessig tränkt, bevor man zu anderen Applikationen seine Zuflucht nimmt. Die Behandlung der Vulvo-vaginaldrüsen und der Exkoriationen an der Zervix besteht am besten in der Anwendung von Jodtinktur oder einer Lösung von Jod 1 : 100, mit einem Zusatz von Jodkali. Die Applizierung erfolgt direkt auf die erkrankten Teile; den Überschuss der Flüssigkeit wischt man mit Watte weg. In dieser Weise ist alle 2—3 Tage zu verfahren.

Gegen das Wundsein verwendet man an den befallenen Stellen Umschläge mit Karbolsäure (1 : 40) oder auch eine Salbe von Adrenalin (1 : 1000) und nach sich einstellender Besserung eine Salbe, die aus Magist. Bism., Lanolin und Glyzerin besteht. Gegen starkes Wundsein zeigt sich oft Pilokarpin in der Dosis von 1 Zentigramm wirksam. —

Die Entzündung des Kollums lässt sich nur durch Zerstörung der Drüsen mitsamt den von ihnen eingeschlossenen Gonokokken bewirken. Man erreicht dies dadurch, dass man in die infizierten Drüsen und unter die Mukosa vermittels einer Pravaz'schen Spritze Milchsäure injiziert. Finden sich noduläre kystische Drüsen vor, so kann man diese punktieren und mit einem kleinen Thermo-kauter, oder noch besser mit einem Elektrokauter, verschorfen. Besteht gleichzeitig eine Zystitis, so wird man diese mit alkalischen Lösungen oder Chininspülungen behandeln und innerlich doppeltkohlen-saures Natrium mit Tinct. Jusquiam. zur Bekämpfung der Krampfbeschwerden darreichen.

Diese medizinische Behandlung lässt sich nur bei Infektionen der Genitalwege anwenden, welche nicht über das Orifizium internum des Kollum hinausgehen. — F r e u d e n b e r g -Dresden.

Nierenabszess nach Gonorrhöe; Nephrotomie, Heilung.

Von Dr. W e i s s w a n g e -Dresden. Münch. med. Woch., No. 18, 8. Mai 1908, pag. 967.

Der Fall betraf eine 34 jährige Kaufmannsfrau, IV para. Er war dadurch ausgezeichnet, dass nach einer 6 jährigen Latenz noch virulente Gonokokken in die Erscheinung traten, da inzwischen neue Infektion nicht mehr stattgefunden hatte. Es ist anzunehmen, dass durch die letzte Schwangerschaft Stauung des Ureters durch Kompression eingetreten war, wodurch der latente Herd zu neuem Leben geweckt wurde. — F r e u d e n b e r g -Dresden.



Referate über Geburts- und Säuglingspflege.

The diagnosis of early pregnancy with report of one hundred cases and special reference to the sign of flexibility of the isthmus of the uterus. Von M c. D o n a l d, E., New-York. The amer. journ. of obstetr. March 08.

Eine Frühdiagnose der Schwangerschaft kann nach M c. D o n a l d nur aus den Zeichen gestellt werden, die sich vom Uterus selbst ergeben; alle anderen, wie Amenorrhoe, Veränderungen der Mammae, Erbrechen sind unsicher; von den uterinen Zeichen fehlen Auflockerung der Zervix und livide Verfärbung derselben (und der Vagina) in etwa einem Drittel der Fälle. Sicherheit der Diagnose geben nur die Vergrößerung des Uterus; sei es, dass sich um eine symmetrische - asymmetrische Vergrößerung handelt, weniger die partiellen Kontraktionen des Organes und vor allem die Auflockerung verbunden mit der Kompressibilität und Flexibilität der Zervix. Von Wichtigkeit ist es, nicht nur eines dieser Zeichen, sondern mehrere nachzuweisen. — B u r c k h a r d -Würzburg.

Recent advances in obstetrics. Von C r a g i n, E. B., New-York. The amer. journ. of obstetr. March 08.

C r a g i n bespricht zunächst das unstillbare Erbrechen der Schwangeren, das von Veränderungen in Leber und Niere begleitet ist. In ersterer zeigt sich fettige Degeneration und Autolyse des Organes, die in manchen Fällen identisch sind mit den Veränderungen bei akuter gelber Leberatrophie. In den Nieren finden sich Degenerationen am Epithel und im Urin pathologische Bestandteile, nämlich Azeton, Oxybuttersäure, Indikan und gelegentlich etwas Eiweiss, ausserdem treten Störungen in der Stickstoffausscheidung auf. Bei der Eklampsie unterscheidet er zwei Typen, den einen,

bei dem die Leber, den anderen, bei dem die Nieren hauptsächlich in Mitleidenschaft gezogen sind. Ein besonderer Fortschritt der modernen Geburtshilfe ist die bessere Kenntnis der mechanischen Missverhältnisse zwischen Kopf und Becken, sowie die Kenntnis der abnormen Drehungen des kindlichen Kopfes. Therapeutisch empfiehlt C. bei unstillbarem Erbrechen Darmwaschungen, Rektalernährung, für kurze Zeit und Unterbrechung der Schwangerschaft. Ferner macht er aufmerksam auf die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose und Operation des Chorioepithelioms. Des weiteren betont er die Bedeutung der Verhütung der puerperalen Infektion, für die von Wert die baldige Vereinigung von Zervixrissen ist, da von diesen sonst nicht selten Infektionen ausgehen. Die Frage über den Wert der Pubotomie ist noch nicht entschieden. —

B u r c k h a r d - Würzburg.

Die gegenwärtigen Wandlungen in der operativen Geburtshilfe. Von Dozent Dr. Karl B a i s c h in München. M. m. W., No. 12, 1908, pag. 603.

In einem sehr beachtenswerten Artikel, der sich wegen der Fülle der berührten Punkte nicht zu einem kurzen Referate eignet und auf den wir hier nur aufmerksam machen können, bespricht Verf. eine Reihe von aktuellen Entwicklungserscheinungen der geburtshilflichen Kunst. Besonders einschneidend ist seine Erklärung, dass die sicherste Lösung der Aufgabe, Mutter und Kind zu retten, heutzutage nicht selten an Voraussetzungen geknüpft sei, wie sie das Privathaus gewöhnlich nicht biete. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ein Fall von angeborenem Riesenwuchs des linken Beines.

Von Frau Dr. D e r s c h e i d - D e l c o u r t. La Pathologie infantile 1908, No. 2.

Kasuistische Mitteilung unter Beifügung einer Photographie und eines (sehr schlecht wiedergegebenen) Röntgenbildes. —

W i n c k e l m a n n - Konstanz.

Intrapartum vaginal ovariectomy für ovarian cyst obstructing labour. Von S a n e s, K. L., Pittsburg, Pa. The amer. journ. of obstetr. Febr. 08.

Bei der Behandlung von Ovarialkysten, die in das kleine Becken eingeklemmt sind und dadurch ein Geburtshindernis abgeben, kommen zwei Wege zur Behandlung in Betracht, entweder von der Vagina aus (Punktion oder Ovariectomy) oder von der Bauchhöhle aus (Ovariectomy mit oder ohne Sectio caesarea). Im grossen und ganzen wird jetzt der vaginale Weg bevorzugt. Die Punktion, resp. die Spaltung und Einnäherung der Kystenwand an die Vaginalschleimhaut ist wegen der Gefahr der sekundären Infektion im Wochenbett nicht zu empfehlen. Die vaginale Exstirpation bietet für die Mutter die beste Prognose. S a n e s beschreibt einen derartigen Fall; nach Entleerung der Kyste trat der Kopf des Kindes rasch tief, sodass die Entfernung der Geschwulst nicht sofort angeschlossen werden konnte.

Dieselbe wurde deshalb mit einem Fadenzügel versehen, zurückgeschoben und nach Vollendung der Geburt entfernt. —

Burckhard - Würzburg.

100 Fälle von Morphin - Skopolamin - Narkose in der Geburtshilfe. Von Gminder, Erlangen. Beitr. z. Geb. u. Gyn., Bd. 12, H. 2.

In 58 Fällen aus der Erlanger Frauenklinik war ein völlig zufriedenstellender Verlauf der Narkose festzustellen. 27 mal wurde aber die Wehentätigkeit wesentlich beeinträchtigt. Komplikationen seitens der Mutter traten 4 mal auf, leichte Asphyxien des Kindes 12 mal. 5 starke Nachblutungen führt Verf. auf die Narkose zurück, desgl. als wahrscheinlich 1 Todesfall.

Der Praktiker muss sich also betreffs Anwendung dieser Narkose im Privathause recht zurückhaltend verhalten. —

Peters - Dresden.

Die operative Ära der Geburtshilfe. Von Alfred Hegar, Freiburg. Beiträge zur Geb. u. Gyn. Bd. 12, H. 2.

Hegar übt zunächst eine scharfe Kritik an der neuen operativen Ära der Geburtshilfe, bei der die altbewährten früheren Grundsätze und Vorschriften teilweise aufgegeben werden. Die Anfänge der neuen Ära stützten sich auf die verbesserte Technik und Asepsie, wodurch die Gefahren der schwersten Operationen fast vollständig beseitigt sein sollen, und weiterhin auf die höhere Wertschätzung des kindlichen Lebens. Guten Aufschluss über die üblen Folgen des vielen Operierens geben die statistischen Erhebungen über die Todesfälle nach künstlich beendeten Niederkünften in Baden. Es geht daraus hervor:

1. dass die Sterblichkeit nach Operationen $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ der Gesamtsterblichkeit beträgt,
2. dass die Sterblichkeit nach Operationen, in Prozent ausgedrückt, in der Zeit mit gut ausgebildeter Asepsis entschieden geringer ist als in den Perioden ohne alle oder mit unvollkommener Asepsis.
3. dass dagegen die Sterblichkeit nach Operationen, in Prozent sämtlicher Geburten ausgedrückt, in der Zeit mit vollkommener und ohne alle Asepsis fast vollständig gleich ist. Das berechtigt zu dem Schluss, dass die grössere Frequenz der Operationen in der aseptischen Zeit 1 : 15,4, im Gegensatz zu der geringen Frequenz 1 : 25 in der Zeit ohne alle Asepsis, das wieder verdaulich, was die Asepsis und wohl auch bessere Technik Gutes erzielten.

Ferner habe die neuere Richtung versucht, die grosse Zahl von Totgeburten (63 128 im Jahre 1903) durch häufigere Anwendung operativer Kunsthilfe zu vermeiden.

Krönig schätzt aber unter den Totgeburten allein die Zahl der unserer Einwirkung unzugänglichen Todesfälle auf 33 Proz. (Er-

krankung ante partum, Missbildung, Hydramnion, Nabelschnur-Anomalien etc.

Nach H e g a r müsse dieser Prozentsatz wenigstens auf 50 eingeschätzt werden infolge der standesamtlichen Anmeldung so vieler unreifer Früchte. Er führt dann an der Hand statistischer Zahlen aus, dass durch eine zugunsten des Kindes durchgeführte aktive Therapie nur eine sehr beschränkte Zahl Kinder erhalten werden kann, im günstigsten Falle einige Tausende, und die vielfach nur dann, wenn man Schädigungen und grössere Lebensgefahr für die Mutter nicht scheut. Diese Zahl komme aber gegenüber den 2 Millionen jährlich in Deutschland neugeborenen Kindern nicht in Betracht. Auch in Frankreich habe dies Mittel nicht geholfen, den bekannten Übelständen abzuhelpen.

Anzustreben ist vor allem eine Besserung der allgemeinen Sterbeziffer, die für Deutschland keineswegs günstig ist. In Skandinavien, wo fast allgemein die Mütter selbst stillen, ist die Sterblichkeit des ersten Lebensjahres etwa halb so gross wie in Deutschland. Könnten wir es so weit bringen, so erhielten wir jährlich 200 000 Kinder mehr am Leben. Ein Sinken der Lebensziffer von 3—4‰ würde hierdurch fast ausgeglichen. Falls wir dieselbe Sterbeziffer wie England erreichten, würden wir jährlich, noch dazu bei besserem Aufbau der Bevölkerung und einer besseren Qualität jährlich 300 000 Menschen mehr am Leben erhalten.

Die auf die Bevölkerungspolitik sich stützenden Beweggründe zur Annahme einer sehr aktiven operativen Therapie sind also hinfällig, zumal die Bevölkerungspolitik den grösseren Wert des mütterlichen gegenüber dem kindlichen Leben erweist.

Nachdem H e g a r nunmehr die Anzeigen und Gegenanzeigen für die verschiedenen geburtshilflichen Eingriffe und die Leitung der Geburt beim engen Becken besprochen hat, sagt er zum Schluss: Man kann nicht sagen, dass die Therapie des engen Beckens einen hohen Grad der Vollkommenheit erreicht habe; man würde wahrscheinlich auch mit unseren jetzigen Entbindungsmitteln nicht viel weiter kommen. Mehr Erfolg verspreche es, die Ursachen aufzusuchen, diese zu beseitigen und so das enge Becken abzuschaffen. In England sei diese Anomalie selten, in Japan komme sie nur in einem beschränkten Bezirke vor. Wenn die Säuglinge die Mutterbrust erhalten, später in Kindheit und Jugend für passende Ernährung, gute Wohnung und Licht, geeignete Bewegung und Beschäftigung gesorgt wird, so werden Rachitis und Entwicklungsstörungen der Knochen, die häufigsten Ursachen des engen Beckens, verschwinden oder wenigstens sehr selten werden. Wenn dies Ziel erreicht, würden uns die engen Becken samt ihrer unerquicklichen Therapie nicht mehr viel kümmern. — P e t e r s - Dresden.

Alkoholismus und Erblichkeit. Von Th. R y b a k o w. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. 20. E. H. S. 221. Besprochen von Dr. R o t h - Halle im Arch. f. Kassen- u. Ges.-Biol. 4. Jahrg. 6. H., S. 889.

Nach den Beobachtungen von Th. R. tritt hereditäre Belastung

durch Alkoholismus und nervöse und psychische Erkrankung bei 94 Proz. aller Alkoholiker auf. Eine ungeheure Anzahl von Alkoholikern hat Trinker unter den nächsten Verwandten (92 Proz., darunter 87 Proz. allein in aufsteigender Linie). Nervös-psychisch-Heredität kommt bei Alkoholikern bedeutend seltener vor, als alkoholische (nur 21 Proz. aller Trinker). Trunksucht ist geneigt, sich unmittelbar in direkter Linie zu vererben und zwar von den Eltern häufiger als von den anderen Verwandten. Unter reinen Alkoholikern besaßen $66\frac{1}{2}$ Proz. Trinker unter den Eltern, 36 Proz. unter den Grosseltern und 46 Proz. und Onkeln und Tanten.

Frauen werden verhältnismässig häufiger als Männer ohne entsprechende Belastung zu Trinkern, d. h. äussere Bedingungen spielen bei den Frauen in Bezug auf die Entwicklung der Trunksucht eine bedeutendere Rolle als bei den Männern. Vielleicht liesse sich dieser Umstand durch die schweren Lebensverhältnisse wie die gedrücktere gesellschaftliche Stellung der russischen Frau erklären.

Alkoholistische Heredität verbreitet sich auf die Nachkommenschaft leichter in väterlicher als in mütterlicher Linie. Dies gilt jedoch nur von der direkten Vererbung des Hanges zum Alkoholgenuß; was aber den allgemeinen degenerativen Einfluss anlangt, so muss Trunksucht der Frau als Mutter auf die Nachkommenschaft eher degenerativen Einfluss ausüben als Trunksucht des Mannes als Vater, da erstere Trunksucht eine tiefe Demoralisation der Familie herbeiführt.

Die bedeutendste hereditäre Anlage zur Trunksucht besitzen periodische Trinker, geringere die chronischen Trinker und die allerwenigste die Gelegenheitstrinker. Periodische Trunksucht ist geneigt, sich als solche auf die Nachkommenschaft zu vererben. Trunksucht beider Eltern führt bei der Nachkommenschaft grösstenteils die Entwicklung schwerer Formen von Trunksucht herbei (periodische und derselben verwandte Formen). Trunksucht aber eines der beiden Eltern erzeugt Neigung zu leichteren Formen von Trunksucht (chronischer oder Gelegenheitstrunksucht). Nervös-psychische Heredität wirkt nicht merklich auf die Trunksuchtsformen ein.

Alle Beobachtungen sprechen aber dafür, dass man, um ausgesprochener Trinker zu werden, vor allem als solcher geboren sein muss. —

H o l i t s c h e r - P i r k e n h a m m e r.

Bericht aus dem Queen Charlotte's Lying - In Hospital für das Jahr 1907. Ohne Angabe des Verfassers.) Bespr. The hospit., 9. Mai 1908, pag. 151.

Einleitend wird darauf aufmerksam gemacht, dass bei einer Beurteilung der Statistik des genannten Hospitals daran gedacht werden muss, dass dort fast nur solche Geburten zustande kommen, die sich bereits in der Stadt als schwer herausgestellt haben oder von denen dies vor dem Geburtseintritt auf Grund früherer Erfahrungen seitens der Frauen befürchtet werden musste.

Unter den Schädelagen kam in 65,6 Proz. die erste und zweite Vorderhauptstellung (3 : 1) vor. In 32 Proz. rotierte das Hinterhaupt nach vorne, in 2,4 Proz. blieb es hintenstehend. Es liegen

diese Ziffern wohl an der ungewöhnlich grossen Zahl von engen Becken, welche in jenes Hospital kommen. Aber wenn man dies auch in Betracht zieht, hat es doch den Anschein, als ob die dritte und vierte Hinterscheitelstellung häufiger wäre, als man vielfach annimmt.

Von besonderer Wichtigkeit sind die Angaben über die Prognose der Schulterlage. Mit Ausschluss von 11 mazerierten, abgestorbenen oder hydrozephalischen Föten und allen Wendungsfällen wurden 34 Kinder in dieser Lage entbunden, darunter 32 lebend. Die Kindersterblichkeit betrug daher nur 5,8 Proz., gewiss ausnahmsweise wenig, immerhin aber ein Hinweis darauf, dass die Lehrbücher meist die Prognose zu schwarz malen. Bemerkenswert ist in dieser Beziehung, dass die Kinder von Erstgebärenden dabei ebenso sehr beteiligt waren, wie die von Mehrgebärenden; auch muss bemerkt werden, dass in 7 von den 34 Fällen das Becken verengt war und dass unter diesen sieben Fällen nur ein Kind abstarb.

Unter 1700 daraufhin untersuchten Frauen fand sich 383 mal Eiweiss im Urin vor, aber nur bei 7 von diesen kam es zu eklampthischen Anfällen. Alle 7 genasen und verliessen frei von Eiweiss das Hospital, während 7 andere Patientinnen, welche an Ödemen und Eiweissabgang ohne Krämpfe litten, beim Abgang aus der Anstalt noch albuminurisch waren.

36 mal wurde wegen Beckenenge die Geburt frühzeitig eingeleitet. Bis zur Vollendung der Geburt betrug die kürzeste Frist von dem Moment der Bougieeinlegung ab 7 Stunden, die längste 10 Tage, der Durchschnitt aber 76 Stunden, wie im Vorjahr. Es kamen i. J. 1907 dickere Bougies zur Anwendung, die im allgemeinen etwas abkürzend gewirkt zu haben scheinen, doch kommt durch die besonders lange Dauer einzelner Geburten dies rechnerisch nicht zum Ausdruck. Die Bougierung fand 6 mal wegen Albuminurie, wobei die Wehen sich rascher einstellten und die Geburtsdauer eine kürzere war, als bei den engen Becken. Der Kaiserschnitt ergab unter 7 Fällen 2 mal tödlichen Ausgang. Von den vorzeitig geborenen Kindern wurden 30 tot, 122 lebend geboren. Von diesen letzteren verliessen 98 lebend das Hospital und 24 starben nach der Entbindung. Von ihnen wog keins mehr als 5 Pfund, während von den 98 Kindern 54 weniger wogen und die übrigbleibenden 44 zwischen 6 und 7 Pfund schwankten. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zur Perforationsfrage. Von Dr. Emanuel Herz, Frauenarzt in Rzeszow. Z. f. Gyn., No. 7, 15. Februar 1908, pag. 115.

Verf. hält alle zangenartigen Instrumente zur Entfernung von Eiteilen aus der Gebärmutterhöhle für ungeeignet und gefährlich. Durch eigene Erfahrung gewitzigt, verwendet er jetzt nur einen Löffel der Abortuszange, also ein Instrument, womit nur schabende, aber keine fassenden Bewegungen ausgeführt werden können. Auch mit der Kürette ist es wegen seiner Stumpfheit nicht zu verwechseln. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Anwendung der Abortzange. Von Prof. Dr. Hammer-schlag, Oberarzt in der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Königsberg. Z. f. Gyn., No. 17, 25. Februar 1908, pag. 560.

H. spricht seine Überzeugung dahin aus, dass eine richtig konstruierte Abortzange (in eine vollständig stumpfe und breite Endkeule auslaufend, sich leicht im Schloss bewegend, ohne Cremaillière und ohne Krümmung konstruiert) bei gleichfalls richtiger Handhabung nicht nur ein ungefährliches, sondern ein durchaus empfehlenswertes Instrument sei. —

Freudenber g - Dresden.

Die Federkürette zur Vermeidung der Perforatio uteri.

Von Dr. Jul. Rudolf in München. Z. f. Gyn., No. 20, 18. Mai 1908, pag. 672.

Verf. hat eine Kürette konstruiert und schreibt diesem Instrument die nachstehenden Vorzüge zu:

1. Es ist ein Widerstandsindikator, indem bei Gegendruck der Bogen der Feder sich abplattet, also der Radius des Bogens grösser wird und dadurch, dass die Feder als Ganzes auch seitlich etwas wippt, und zwar in der gleichen Ebene wie die Spannungsebene der Feder selbst, sowie in geringem Masse auch senkrecht zu dieser Ebene.

2. Dasselbe ist mit einer Federbogenspannung von ca. 9 mm im grössten Durchmesser in den Uterus einführbar und durch Abwärtschieben der Hülse auf eine Bogenweite von ca. 2 mm entfaltbar, wodurch eine grössere Angriffsfläche geschaffen ist.

3. Die schabende Kante ist, wie es das Material von selbst ergibt, nicht zu stumpf und nicht zu scharf.

4. Das Instrument ist leicht zerleg-, zusammensetzbar und zu desinfizieren.

Das Instrument ist anzuwenden bei weicher Uteruswand und soll keineswegs die starre Kürette völlig ersetzen.

Das Instrument wird als gerade und gebogene Kürette hergestellt und geliefert von der Firma Beck & Hess in München, Sonnenstrasse 9, chirurgisches Instrumentengeschäft. Die gerade Kürette kann mit aufschraubbarer Feder verlangt werden.

NB. Die Feder ist in entspanntem Zustand aufzubewahren! —

Freudenber g - Dresden.

Kaiserschnitt wegen Placenta praevia und Beckenenge.

Von Prof. Dr. Nijhoff - Groningen. Z. f. Gyn., No. 10, 7. März 1908, pag. 336.

Der Verf. schildert einen von ihm unter den obenbesagten Umständen gesetzten Kaiserschnitt, der einen sehr günstigen Ausgang für Mutter und Kind hatte. Wenn durch Beckenenge die Prognose für das Kind bei der Wendung verschlechtert wird, möchte Verf. den Kaiserschnitt der Hebosteotomie vorziehen. Auch bei rigidem Os dürfte für ihn eine vitale Indikation für Mutter und Kind erwachsen. —

Freudenber g - Dresden.

Eine seltene Indikation zum Kaiserschnitt und einige Bemerkungen über Fritsch's Operationsmethode. Von Dr. Endelmann-Warschau. Z. für Gyn., No. 11, 14. März 1908, pag. 361.

Der vom Verf. mitgeteilte Fall betrifft eine narbige Verengung des Zervikalkanals bei einer Ilpara und verlief glücklich für Mutter und Kind. Auffallend war der Hochstand des Gebärmuttergrundes während des ganzen Puerperiums (in Nabelhöhe). Bei der Entlassung wurde Elevatio uteri und Ventrofixatio konstatiert, was nach dem Fritsch'schen Querschnitt nur sehr selten eintritt. Trotzdem hatte Verf. sich eines resorbierbaren Nahtmaterials bedient, nämlich des Katguts. Aufs neue beweist dieser Fall ferner die Vorzüge der Fritsch'schen Methode, Geringfügigkeit der Blutung aus der Uteruswunde, Leichtigkeit der Fruchtentwicklung und Fehlen einer postoperativen Atonie. —

Freudenberg - Dresden.

Vaginaler Kaiserschnitt bei Eklampsie. Von Dr. Fritz Weisswange-Dresden. Z. für Gyn., No. 10, 17. März 1908, pag. 337.

Verf. bringt einen einschlägigen, von ihm operierten Fall zur Darstellung. Derselbe endete zwar für das Kind tödlich, für die Mutter aber ausserordentlich günstig, trotzdem es der schwerste Fall war, den Verf. je zu sehen Gelegenheit hatte. Derselbe hat die Überzeugung, dass es nur durch einen Eingriff in der gewählten Form möglich war, das Leben der Frau zu retten. —

Freudenberg - Dresden.

Zur Indikation und Technik des zervikalen Kaiserschnittes.

Von Dr. O. Pfannenstiel. Z. für Gyn., No. 10, 7. März 1908, pag. 113.

Indem Verf. die Gefahren und Unzuträglichkeiten des Frank'schen Vorschlags, den Kaiserschnitt extraperitoneal auszuführen (Infektion und Hernienbildung) näher ausführt, desgleichen diejenigen der Sellheim'schen Modifikation der gleichen Methode, lehnt er sich mit einem neuen modifizierten Verfahren an Sellheim's zervikalen Kaiserschnitt an, welches die gerügten Gefahren vermindert.

Mit Sellheim hält auch der Verf. das Anwendungsgebiet des zervikalen Kaiserschnittes für ein sehr ausgedehntes. Derselbe scheint ihm unbedingt den Vorzug vor dem korporealen zu verdienen, wo wegen Beckenenge, Strikturen der Vagina etc. die Sektion überhaupt indiziert ist; ebenso bei drohender Uterusruptur und lebendem Kind, also besonders bei einer verschleppten Querlage. Bei infektiösem Fieber sub partu rät er dagegen davon ab. Verf. schildert einen von ihm operierten Fall dieser Art und beschreibt die Operation selbst folgendermassen:

Typischer Faszienschnitt, Eröffnung des Peritoneums oberhalb der Blase, etwa 10 cm langer Medianchnitt in die Zervix uteri, wo dies zugänglich ist, ohne die Blase abzulösen oder, wenn nicht genügend Platz ist, weil die Blase auch noch einen grösseren Teil der Zervix deckt, Ablösung des Bauchfells oberhalb der Blase in

der Art, wie wir es bei den abdominalen Uterusamputationen und -exstirpationen gewohnt sind. Abschieben der Blase bis etwa zur Gegend des äusseren Muttermundes. Herausnahme des Kindes, Abwarten bis die Plazenta sich zu lösen beginnt, während welcher Zeit man sich mit Säuberung, Serviettenwechsel, Beginn der Naht an der Zervix usw. zu schaffen macht. Herausbeförderung der Plazenta durch Credéschen Handgriff in typischer Weise. Endgültige Naht der Zervix. Schluss der Bauchdecken.
Freuden berg - Dresden.

Sectio caesarea cervicalis. Von Prof. Dr. Rubeška in Prag.
Z. f. Gyn., No. 17, 15. April 1908, pag. 549.

R. veröffentlicht einen Fall, den er mit gutem Erfolg nach der Pfannenstiel'schen Methode operiert hat (Faszienquerschnitt, Ablösung der Hautfaszienlappen nach oben und unten, Spaltung der Rekti in der Linea alba und ebenso des Bauchfells ohne Versuch von der Harnblase abzulösen).

Verf. empfiehlt auf Grund dieser Erfahrung den von Pfannenstiel betretenen Weg und nicht die Sellheim'sche Ablösung des Bauchfells von der Harnblase und extraperitoneales Operieren bei zervikalem Kaiserschnitt. Letzteres verlängere die Operation und kompliziere die Wundverhältnisse, ohne augenfällig der Operation zu nützen.
Freuden berg - Dresden.

Für den extraperitonealen Kaiserschnitt. Von Dozent Dr. F. Fromme, Oberarzt der Kgl. Univ.-Frauenklinik zu Halle a. S.
Z. f. Gyn., No. 17, 15. April 1908, 545.

F. verwirft den klassischen Kaiserschnitt keineswegs, nur zieht er seine Indikationen enger. Sein Geltungsbereich dürfen nur Fälle sein, in denen absolute Keimfreiheit gewährleistet ist. Wo dies nicht der Fall ist, oder wo die Frau gar fiebert, tritt der extraperitoneale Kaiserschnitt in seine Rechte. Ferner scheint derselbe berufen, die Operation der Beckenerweiterung in den Fällen zu verdrängen, in denen bei Erstgebärenden trotz langer Wehentätigkeit bei vollständig erweitertem Muttermund der Kopf nicht eintritt und eine Indikation von seiten der Mutter oder des Kindes zur schleunigen Erledigung der Geburt drängt. Weitere Indikationen für den extraperitonealen Kaiserschnitt sieht der Verf. in den seltenen Hindernissen, welche den Geburtskanal verlegen, ferner bei drohender Uterusruptur und lebendem Kinde, verschleppten Querlagen und noch nicht abgestorbener Frucht.

Die Operation, wie sie jetzt in Halle geübt wird, schildert der Verf. wie folgt:

Längsschnitt, von der Symphyse anfangend, in der Linea alba ungefähr 12 cm lang, durch alle Schichten der Bauchwand. Längsspaltung des Uterusperitoneums in der Medianlinie von der tiefsten Stelle der Plica vesico-uterina anfangend so weit herauf, wie das Peritoneum beweglich dem Uterus anliegt, was auf eine Strecke von 10—12 cm nach guter Wehentätigkeit der Fall ist.

Mobilisierung des Peritoneums nach beiden Seiten hin, was ausserordentlich leicht zu bewerkstelligen ist, und Vernähung dieses Peritoneums mit dem parietalen Peritoneum durch eine fortlaufende Naht, oder Vereinigen dieser beiden Peritonealblätter durch eng aneinander liegende Klemmen. Längsschnitt in den Uterus, Herausdrücken des kindlichen Kopfes oder Wendung, Entwicklung der Plazenta, Naht des Uterus, Naht der Peritonealblätter, Naht der Faszie, Naht der Haut.

Durch diese einfache Technik glaubt Verf., indem den natürlichen Verhältnissen bei Ausnutzung aller Vorteile des Verfahrens Rechnung getragen wird, einen Weg geschaffen zu haben, der sich vorteilhaft vor der sehr viel komplizierteren Methode Sellheims auszeichnet. —
Freudenber g - Dresden.

Ein Fall von zervikalem Kaiserschnitt. Von Dr. F. Spaeth in Hamburg. Z. f. Gyn., No. 20, 16. Mai 1908, pag. 654.

S. veröffentlicht einen Fall, in dem es ihm trotz redlichstem Bemühen (gleich Pfannenstiel), sich genau an die von Sellheim gegebenen Instruktionen zu halten, nicht möglich war, die Operation vollständig extraperitoneal durchzuführen. Er war daher zum transperitonealen Vorgehen gezwungen, welches sich als durchaus zweckmässig erwies, da man das Eindringen von Blut und Fruchtwasser in die Bauchhöhle sicher verhindern kann, wenn man den Uterus mit sterilen Gazestopftüchern umgibt. Verf. rät daher, allemal da, wo das Ablösen der Serosa von der Blaskappe Schwierigkeiten macht, sofort den transperitonealen Weg zu wählen, da dies die Operation ganz wesentlich abkürzt. Bei transperitonealem Vorgehen lässt sich die Operation in einer Viertelstunde machen, was ihr ganz besonders auch vor dem klassischen Kaiserschnitt, der das 3—4 fache an Zeit erfordert, den Vorzug sichert. —

Freudenber g - Dresden.

Die Entbindung durch die „Uterusbauchdeckenfistel.“ Von Prof. Dr. Sellheim - Tübingen. Z. f. Gyn., No. 20, 16. Mai 1908, pag. 641.

Mit dem extraperitonealen Kaiserschnitt beabsichtigt der Verf. eine Verbesserung des klassischen Kaiserschnittes. Gegenüber dem transperitonealen Weg hat die extraperitoneale Ausführung des Uterusschnittes den Vorzug, dass die Uteruswunde während der Operation und des Wochenbettes von der Bauchhöhle abgeschlossen ist. Verf. benutzt bei seiner Operation das Maximum der extraperitonealen Verlagerung des distrahierten Uterusabschnittes, das in der Austreibungsperiode erreicht wird, zum extraperitonealen Uterusschnitt. Falls dieses nicht genügt, so vervollständigt er in weiterem Verfolgen dieses von der Natur vorgezeichneten Weges denselben künstlich durch Abschieben oder durch operatives Versetzen des Bauchfellumschlages nach oben.

Im Ziele sowohl als auch in seinen Voraussetzungen: glatte Schnitte, schonende Gewebsverschiebung, exakteste Blutstillung, genaues Zusammenheften der aneinander gehörigen Gewebspartien

mit resorbierbarem Material, überall da, wo eine scharfe Trennung stattgefunden hat, lockeres Aneinanderlegen der Gewebe, die stumpf voneinander abzuschieben sind, hauptsächlich aber Asepsis, unterscheidet sich der extraperitoneale Uterusschnitt von den Bestrebungen von Frank und Veit, welche mit ihrem Verfahren im wesentlichen bei infizierten Geburtsfällen nützen wollen. Es sei, meint Verf., im Prinzip verfehlt, nach einer Methode zu suchen, die in unreinen Fällen Vorteile bietet und in reinen nichts verdirbt. Die Operationstechnik müsse, je nachdem es sich um reine oder unreine Fälle handle, von vornherein divergieren. Auch bei seiner Operation liege die Sache nicht einfach so, dass man bei reinen Fällen die Wunde schliesse, bei unreinen zunächst offen lasse. Für das Verfahren, welches er bei unreinen Fällen zur Rettung des Kindes einschlägt, bei denen eine Geburt des Kindes per vias naturales ausgeschlossen ist, passt am besten die Bezeichnung: Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel d. h. er legt tatsächlich eine Fistel an, die, falls sie sich p. p. nicht spontan schliesst (was kaum zu erwarten) durch eine zweite nachträgliche Operation später geschlossen wird und zu einer schliesslichen Restitutio ad integrum führt. Wegen der Details müssen wir auf das Original verweisen. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Osteoplastische Beckenerweiterung. Von Privatdozent Dr. P. Mathes in Graz. Z. f. Gyn., No. 16, 18. April 1908, pag. 523.

Der Verf. hat ein Verfahren ersonnen und bisher erst an der Leiche ausprobiert, welches er selbst an genannter Stelle folgendermassen beschreibt:

Die Haut wird zu beiden Seiten der Symphyse mit je einem kleinen Schnitt bis auf den Schambeinkamm parallel mit diesem durchtrennt und das Periost an der vorderen und hinteren Fläche des Schambeins mit dem Raspatorium abgehoben und abgespreizt. Etwa 3—4 cm von der Schossfuge entfernt wird ein mässig breiter Meissel zwischen den Raspatorien schräg von hinten aussen nach vorn innen angesetzt und der Knochen knapp am inneren Rande des Foramen ovale schräg nach der Mittellinie zu durchgeschlagen. Der Meissel durchdringt den spongiösen Knochen ausserordentlich leicht, so dass man genau fühlt, wenn der Knochen durchtrennt ist. Der Bandapparat am unteren Ende der Schossfuge muss geschont werden, darum empfiehlt es sich, gegen Ende nur ganz schwache Hammerschläge anzuwenden. Auf der anderen Seite wird ebenso verfahren.

Damit ist ein nach zwei Richtungen keilförmiges Stück der vorderen Beckenwand aus dem Zusammenhang getrennt, dessen Breite oben 6—8 cm und unten je nach der Schrägheit der Durchtrennungsflächen entsprechend weniger beträgt.

Wenn nun die Beine gebeugt und gespreizt werden, gelingt es leicht, den oberen Teil des Knochenteiles mit Elevatorien herauszuheben und nach vorn zu verlagern, während der untere Teil des Knochenteiles bei unverletztem Bandapparat an seiner Stelle bleibt oder nach Verletzung der Bänder etwas nach innen ausweicht. Die Bewegungen des Knochens lassen sich leicht durch Betastung von der Vagina aus verfolgen und nötigenfalls unterstützen.

In dieser neuen Lage lässt sich der Knochen dadurch erhalten, dass man einen schwach gebogenen Metallstift ohne Spitze (Blasenverletzung) durch die eine Wunde einführt und hinter dem mobilisierten Knochen durch die andere Wunde herausleitet. Der Stift darf erst nach erfolgter Festigung der Knochenteile, also etwa nach 14 Tagen, herausgezogen werden.

Instruktive Skizzen sind dem Original beigegeben. —

Freudenberg - Dresden.

Zur Indikationsstellung bei der Pubotomie. Von Prof. Dr.

Bumm - Berlin, Z. f. Gyn., No. 19, 9. Mai 1908, pag. 609.

B. wendet sich gegen Peham, der eine Pubotomie bei 9—9½ cm Conj. vera für falsch hält und die Leopold'sche Klinik ausdrücklich lobt, weil sie nur Becken von 7—8½, in letzter Zeit sogar nur von 6½—8 cm zu dieser Operation heranzieht. Was soll aber dann, so fragt der Verf., mit den Frauen geschehen, wenn bei einem Becken von 9—9½ cm wegen der Grösse und Härte des kindlichen Schädels die Geburt nicht weitergeht, das Kind lebt und die Mutter in Gefahr gerät? Mit „Warten und Wiederwarten“ ist da leider nicht immer geholfen. Peham hat bei Becken von 9½ bis 9 cm nicht weniger als 19 durch Perforation beendete Entbindungen, darunter 4 Perforationen des lebenden Kindes zu verzeichnen, ferner 7 Fälle, wo man in der Klinik das Absterben abgewartet oder durch vergebliche Zangenversuche herbeigeführt hatte; alsdann noch 1 Kaiserschnitt. Darf aber Peham bei einer Conj. vera von 9 cm lebende Kinder perforieren, so darf nach B. die Berliner Charité Wien gegenüber auch für sich das Recht in Anspruch nehmen, die Kinder durch Pubotomie zu retten, ohne deshalb der laxen Indikationsstellung beschuldigt zu werden.

Unter 52 Fällen von Pubotomie mit der Nadel hat Verf. erst einen Todesfall erlebt (embolische Pneumonie).

Freudenberg - Dresden.

Normally there should be no hemorrhage from the placental site at the time of delivery. Von J. G. Drennan,

(Ont Can.) The amer. journ. of obststr.

Drennan ist der Ansicht, dass bei vollkommen normalverlaufender Plazentarperiode kein Tropfen Blut von der Plazentarstelle austreten solle. Bei wilden Völkerschaften sei dies auch meistens der Fall, der stärkere Blutverlust sei eine Errungenschaft der gesteigerten Zivilisation. Die Zotten der Plazenta sollen aus ihren Anheftungsstellen herausschlüpfen, ohne dass ein mütterliches oder kindliches Gefäss dabei eröffnet werde.

Burckhard - Würzburg.

Über die Verhütung des Puerperalfiebers und den Erfolg der Behandlung desselben mit dem Aronson'schen Antistreptokokkenserum. Von Mayer - Heidelberg. Beitr. z. Geb. d. Gyn., Bd. 12, Heft 2.

In der Heidelberger Klinik wurde das Serum seit 1½ Jahren auf der geburtshilflichen Abteilung 20 mal prophylaktisch und 19 mal kurativ angewandt.

Die Wochenbettsmorbidität, d. h. die Summe aller der Frauen, die einmal die Rektaltemperatur 38° erreichten oder überschritten, ohne dass eine ausserhalb der Genitalsphäre liegende Ursache nachzuweisen war, betrug im letzten $\frac{1}{2}$ Jahre vor der Serumanwendung 32 Proz., im ersten Jahre des Serumgebrauchs 32,3 Proz. Bei dem fast vollständigen Gleichbleiben der beiden Zahlen ist irgend ein besonderer Wert des Serums nicht zu erkennen. Von den der Serumphylaxe unterzogenen Frauen sind nicht weniger als $26 = 86,6$ Proz. aus genitaler Ursache im Wochenbett fieberhaft erkrankt. Bei Streptokokkeninfektionen zeigt sich gerade keinerlei günstige Beeinflussung. Grosse Skepsis gegenüber der Serumwirkung ist daher durchaus angebracht. — P e t e r s - Dresden.

Curettage and puerperal sepsis. Von R u t h, E. C., Denver. The amer. journ. of obstetr. Febr. 08.

R u t h warnt vor der Benützung der Kürette bei der Behandlung der puerperalen Sepsis, sei es, dass diese sich an einen Abort oder an eine rechtzeitige Geburt anschliesst. Solange die Infektion durch Saprophyten bedingt ist, die nur auf totem Material (Plazentarreste etc.) gedeihen, erfolgt fast nie eine Allgemeinfektion. Erst durch Ausräumung mittels Kürette oder des Fingers werden andere sehr viel gefährlichere Keime in die Uterushöhle eingebracht, bei ersterer besteht ausserdem noch die Gefahr der Perforation des Uterus. Er benützt zur Ausräumung des Uterus ein selbst konstruiertes Instrument, bei dem diese Gefahr ausgeschlossen ist. Zur Behandlung des Fiebers empfiehlt er weniger Antipyretika als kalte Einpackungen und Streptokokkenserum.

B u r c k h a r d - Würzburg.

Puerperal hemorrhage. Von J. N. Bell, Detroit, Mich. The amer. journ. of obstetr. March 08.

Unter Puerperalblutungen versteht Bell diejenigen, die nach Ablauf der ersten 24 Stunden nach der Geburt bis zur vollständigen Involution des Uterus eintreten. Ursachen dafür sind Zurückbleiben von Plazentarresten, die entfernt werden müssen, worauf eine Ausspülung mit einer heissen antiseptischen Lösung gemacht und Chinin oder Ergotin gegeben wird. Bei Hypertrophie der Dezidua wird Ergotin verabreicht. Bei Verlagerung des Uterus werden oft auch Blutgerinnsel in denselben zurückbehalten, die infiziert werden können. Man lässt die Kranken täglich für kurze Zeit Knieellenbogenlage einnehmen und eine Leibbinde anlegen, evtl. muss man den Uterus mit Jodoformgaze austamponieren. Blutungen infolge Erschlaffung des Uterus zeigen sich bei schwächlichen Individuen, man gibt ihnen Strychnin, Chinin und Kochsalzeinläufe. Sind Myome die Ursache, so müssen sie evtl. entfernt werden; sind Herz-, Leber- oder Nierenerkrankungen die Ursache, so ist die Behandlung des Grundleidens geboten. Hämatome, die sich unter der Geburt entwickeln, sollen je nach Lage und Grösse entweder sich selbst überlassen oder geöffnet werden. — B u r c k h a r d - Würzburg.



Rezensionen.

Das Foramen „interventrikulare“ (Monroi). Entwicklungsgeschichtlich anatomische Studie. Von Dr. Richard Volz in Ulm a. D. Mit 6 Abbildungen. Tübingen. Laupp'sche Buchhandlung, 1907. Preis 0,60 M.

Bei seinen Untersuchungen über das Foramen interventriculare (Monroi) kommt Volz zu folgenden Schlüssen: Der bisher gültige Lehrsatz, dass das Foramen Monroi definitivum ein Überrest des Foramen Monroi primitivum sei, ist irrtümlich. Das Foramen Monroi primitivum, während seines Bestehens innerhalb der Ventrikel gelegen, und ein eigentliches Foramen interventriculare, schliesst sich im Laufe der Entwicklung vollständig. Das Foramen Monroi definitivum liegt, wenn man die Entwicklungsgeschichte berücksichtigt, gänzlich ausserhalb der Ventrikel und ist kein Foramen interventriculare. Dasselbe ist als eine vom Foramen Monroi primitivum durchaus verschiedene, für sich bestehende Bildung anzusehen. Mit dem erwähnten irrtümlichen Dogma verschwindet eine störende Unklarheit aus der genetischen Darstellung des Aufbaues des menschlichen Gehirnes. Der im Bereich der Foramina Monroi primitiva existierende gedoppelte Chloroidalplexus, welcher zugleich mit diesen Foramina in einem gewissen Stadium der Entwicklung wieder verschwinden muss, ist als eine ziemlich selbständige Bildung gesondert vom sog. Plexus ventriculi lateralis ins Auge zu fassen.

Burckhard - Würzburg.

Die Geburtsleitung bei engem Becken. Von Dr. med. Oskar Bürger, Wien mit Vorwort von Friedr. Schauta, mit 6 Tab. gr. 8° und 195 S. Wien 1908, Verlag Josef Safar.

In der I. geburtshilflichen Klinik zu Wien sind während der letzten 15 Jahre 49 397 Mütter entbunden worden, und hiervon besaßen 5288 ein enges Becken. Dies ist eine Zahl, wie sie grösser wohl in keinem andern Institut gefunden wird, und der Leiter der Anstalt, Prof. Schauta hat fürwahr reichlich Gelegenheit, Erfahrungen zu sammeln auf dem Gebiete der Geburtshilfe und zu prüfen, welches die beste Behandlung nicht normaler Entbindungen ist. Seine erster Assistent B. hat nun mit grossem Fleiss das gesamte Material gesichtet und teilt mit, welche Arten der Behandlung bei der Gesamtzahl der engen Becken zur Anwendung gekommen sind und welche die besten Resultate erzielt haben. Als enges Becken galt eine C. v. von weniger als 9,8 cm bei plattem und von weniger als 10 cm bei allgemeinen verengten Becken.

Das beste Resultat für Mutter und Kind erzielte die Spontangeburt, — und da diese auch bei Beckenenge höheren Grades keine Seltenheit war, empfiehlt B. mit Recht als obersten Grundsatz, stets einen spontanen Ablauf der Geburt zu erstreben. Die prophylaktischen Massnahmen befriedigten wenig. Da die künstliche Frühgeburt für das Kind wenig Aussicht auf Erfolg bietet und für die

Mutter nicht ungefährlich ist, wurde sie nur unter ganz besonders günstigen Vorbedingungen in Erwägung gezogen, wenn nämlich die vorhergegangenen Kinder besonders gross und lebensfähig gewesen, die Mutter sehr muskelkräftig war und die früheren Geburten eine günstige Einstellung des Kopfes erwarten liessen, so dass eine spontane Beendigung der vorzeitig eingeleiteten Geburt zu erhoffen war. Das Mass der C. v. dürfte nicht unter 8 cm heruntergehen. Die prophylaktische Wendung wurde nur bei einfach plattem Becken mit einer $8\frac{1}{2}$ cm grossen C. v. ausgeführt, wenn die früher unter klinischer Leitung absolvierten Geburten in Schädellage ein ungünstiges Resultat für das Kind gegeben hatten und die gegenwärtige Einstellung des Schädels im Beckeneingang eine ungünstige war. Bei allgemein verengtem Becken unterliess man die Wendung, weil hier das Kind stets besser mit vorangehendem Schädel hindurchtritt. Die hohe Zange wurde nur bei mässiger Verengung bis 8 cm C. v. versucht, wenn bedrohliche Zustände von seiten der Mutter, starke Dehnung des untern Uterussegmentes, Ansteigen der Temperatur und Erlahmen der Muskeltätigkeit, die Beschleunigung der Geburt dringend notwendig machten. Da der Erfolg immer sehr unsicher ist und beim Misslingen das Kind in grosse Gefahr kommt, so ist ihre seltene Anwendung zu verstehen. Bessere Aussicht bietet bei dieser geringen Beckenenge von 8 bis 7 cm C. v. die Hebomie, die nicht gerade häufig, aber stets mit gutem Erfolge ausgeführt wurde. Viele Kinder wurden hierdurch gerettet, die sonst umgekommen, vielleicht sogar der Kraniotomie verfallen wären.

War die C. v. noch kleiner und wünschte die Mutter ausdrücklich ein lebendes Kind, dann wurde zur Sectio cæsarea geschritten. Auch bei Massen über 7 cm kam sie auf Verlangen der Mutter zur Anwendung, wenn die Geburtswege sehr rigide waren, was bei alten Erstgebärenden öfters vorkommt. Diese Operation erfordert aber vor allem eine garantierte Asepsis. Ist dieselbe nicht völlig gewährleistet, dann soll man lieber die Hand davon lassen und durch Hebomie die Erhaltung des kindlichen Lebens versuchen. Die Kraniotomie hält B. nur für erlaubt, wenn keine Aussicht auf Rettung des Kindes besteht. — K a l m u s - Allenstein.

Psychiatrie für Ärzte und Studierende bearbeitet von Dr. Th. Z i e h e n, ord. Prof. an der Universität Berlin. 3. vollständig umgearbeitete Auflage. Mit 16 Abb. in Holzschnitt und 9 Taf. in Lichtdruck. Gr. 8° VIII u. 808 S. Leipzig 1908. Verlag von S. Hirzel. Preis 16 M., brosch., geb. 18 M.

Dass von dem oben bezeichneten Werke, welches im Jahre 1902 in zweiter Auflage erschien, jetzt wiederum eine neue Auflage erforderlich war, beweist zur Genüge, wie viele Freunde es sich erworben hat. Zu den Vorzügen dieses umfassenden Werkes gehört vor allem die klare und übersichtliche Anordnung des Stoffes und die grosszügige Behandlung, welche besonders in dem breit angelegten ersten Teil, der allgemeinen Psychopathologie hervortritt. Die spezielle Besprechung der einzelnen Psychosen zeigt wiederum einen Vorzug, der speziell für den Praktiker von Wert ist. Es

sind nämlich bei den einzelnen psychopathischen Krankheitsbildern gewisse allgemeine Gesichtspunkte (Symptomatologie mit den Unterabteilungen Affekt-, Vorstellungs-, Urteils- und Handlungsstörungen, Verlauf, Prognose, Ätiologie, Diagnose und Therapie) festgehalten und durchgeführt, wodurch die Orientierung und Vergleichung, insbesondere aber die Differentialdiagnose wesentlich erleichtert wird. Einzelne Krankheitsfälle sind selten beschrieben. Jedoch wird der Praktiker sie kaum vermissen, zumal der Verf. allerorten die Resultate seiner reichen klinischen Erfahrung unter Berücksichtigung statistischen Materials niedergelegt hat. Der Student aber wird nach wie vor die klinische Ausbildung im Hörsaal suchen müssen. Alles in allem: ein Buch, welches nach Form und Inhalt den höchsten Ansprüchen genügt. I s r a e l - Fischhausen.

Der Arzt der grossen und der kleinen Welt. Ärztliche Skizzen von Dr. Max Nassauer. 8°, 81 Seiten. München 1908. Verlag der ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin). Preis 2 M.

Es sind sieben flott geschriebene und inhaltsame Skizzen, die verschiedene Seiten der ärztlichen Tätigkeit beleuchten, verschiedene Typen des Arztes darstellen, darunter den kurpfuschenden Arzt und den nicht ärztlichen Kurpfuscher. Sie sind mit Laune und Freimut geschrieben, zugleich aber tief und wahr. Es sind keine Karikaturen und sollen nicht bloss seichte Unterhaltung darbieten; es sind kleine Kulturausschnitte und verfolgen einen sittlichen Zweck. Jedermann, insbesondere jeder Kollege, wird sie mit Genuss und mit innerlicher Bereicherung lesen. In der ersten wird ergötzlich geschildert, wie der Ruf des Arztes zumeist von schönen Frauen gemacht wird, denen der junge Arzt die Sinne zu schmeicheln versteht. In der zweiten der Fronarbeiter, der Kassenarzt in der Vorstadt, der tagüber 50 Besuche macht und nachts weit heraus muss, weil ein Betrunkener anscheinend bewusstlos nach Hause getragen ist; Frau und Tochter schreiben ihm im voraus nach Schema F. die Rezepte und verteilen sie in die Fächer: Husten, Durchfall u. s. w. Dabei hat er gerade nur das Durchkommen. Dann kommt der Faiseur, der auf feinstem Papier anzeigt, dass er, um noch mehr sich dem einzelnen Kranken hingeben zu können, seine Praxis einschränken müsse und daher nunmehr statt 20 M. 30 M. rechnen werde. Alle Kommerzienräte beeilen sich, ihn rufen zu lassen, um nicht in den Ruf der Knickrigkeit zu kommen. Seine Kunst besteht ohne tiefere Wissenschaftlichkeit in der Energie, durch die er Gehorsam erzwingt; alles zittert, wenn das Bad nur 28° gehabt hat statt der verordneten 28½°, und er geht selbst in die Küche Krach machen, wenn das Beefsteak etwas stärker gebraten ist als vorgeschrieben. Dann kommt der grausame kurpfuschende Arzt, der nur mit Tees kuriert und die Schwindsüchtigen und Krebskranken zu Tode bringt, da er sie durch frivolen Zuspruch von wirksamer Hilfe abhält, mit zahllosen Danksagungen von geheilten Schwindsüchtigen und Krebskranken, denen er diese Krankheiten eingeredet hat. Von den Kollegen verfolgt, weiss er mit Erfolg dem Publikum gegenüber die Rolle des Märtyrers zu spielen. Dann der soziale Arzt, der seine

ganze Zeit und Geld für das Wirken in sozialen Vereinen — Lungen-, Säuglings-, Krüppel- u. s. w. — Fürsorge — hingibt und seine Frau und seine Häuslichkeit vernachlässigt. Dann folgt ein erschütterndes Bild, wie die Kurpfuscher am Blute des Volkes saugen. Ein Schuster, der Tag und Nacht für seine krebskranke Frau arbeitet, indes die Kinder verkommen, um die Medizinen zu kaufen, die in der Zeitung sichere Hilfe gegen Krebs versprechen; der schliesslich zum Arzt geht und, von diesem aufgeklärt, fragt, wieso denn aber solcher Betrug erlaubt sei und die Antwort erhält: „Kurierfreiheit“. Verzweifelt mischt er, nachdem seine Frau gestorben, alle Medizinreste zusammen und kuriert sich selbst von diesem Elend frei. Zum Schluss das Testament eines Arztes, der in der Gewissheit, an Darmkrebs zu leiden, in die Berge geht, um sich noch einmal recht an der göttlichen Pracht der Natur zu berauschen und sich dann selbst durch Morphem den Tod gibt. R o m e i c k -Mohrungen.

Hebammenlehrbuch. Von Dr. Paul M a t h e s, Privatdozent der Universität Graz. Mit 49 Abbildungen, gr. 8^o u. 237 S. Wien 1908. Urban & Schwarzenberg. Preis geb. 6 M.

Mit Recht betont der Verf. in seinem Vorwort, dass ein Hebammenlehrbuch keine verkürzte Ausgabe eines Lehrbuches der Geburtshilfe sein darf, sondern dass eine besondere Anordnung des Lehrstoffes und eine Anpassung an den derzeitigen (noch sehr der Hebung bedürftigen) Bildungsstand der Hebammenschülerinnen notwendig ist.

Diese Gesichtspunkte sind, da sie so zutreffend das Wesen eines guten Hebammenbuches charakterisieren, deshalb auch massgebend für die Beurteilung der Schwierigkeiten bei der Abfassung und des praktischen Wertes eines solchen — weder für wissenschaftlich vorgebildete Fachleute, noch auch für reine Laien, sondern für die in der Mitte zwischen diesen Extremen stehende Zwischenstufe (*sit venia verbo*), nämlich für die einen verantwortungsvollen Beruf ausübende, aber in ihrem Wissen und Können an allerlei Grenzen gebundene Ratgeberin und Helferin bei der Geburt — bestimmten Werkes, das diesen nicht nur eine Einführung in ihre schwere Praxis geben, sondern auch ein treuer Begleiter und zuverlässiger Auskunftserteiler während der Ausübung derselben sein soll.

Das M.'sche Buch erfüllt die zu stellenden Anforderungen, was übersichtliche Anordnung des Stoffes und geschickten Aufbau des innerlichen Zusammenhangs der einzelnen Themen betrifft, aufs beste: es sind nacheinander behandelt Bau und Leben des menschlichen Körpers, die Lehre von der Infektion und Desinfektion, das knöcherne Becken und die weiblichen Geschlechtsteile, die Schwangerschaft, die geburtshilfliche Untersuchung, die regelmässige Geburt, die Leitung der Geburt, Geburtsstörungen, die Wochenbettzeit, Erkrankungen im Wochenbett, Blutungen, Scheintod der Neugeborenen und Absterben der Frucht in der Geburt und Schwangerschaft, einige wichtige krankhafte Zustände der Mutter und des Säuglings. —

Auch die Art und Weise, wie dies geschieht, ist im grossen ganzen gut: leicht fassliche Ausdrucksweise, anschauliche — im besten

Sinne des Wortes populäre — Vergleiche, möglichstes Vermeiden von Fremdworten, sachliche und sinngetreue Erklärung, resp. Umschreibung der unumgänglichsten termini technici (nur einmal heisst es [p. 107] „Lapis“lösung!), ein lebendiger, nicht langweilig-dozentenhafter, sondern in fesselnder Diktion gehaltener Stil, Kürze des Ausdruckes und des Satzbaues und dabei doch am rechten Orte (z. B. bei der Schilderung der Zubereitung der Desinfektionslösungen) etwas ausführlichere Auseinandersetzungen sind Vorzüge, die von hohem Werte sind. Auch die Abbildungen sind in ihrer Einfachheit zweckmässig und instruktiv.

Einzelne Details allerdings wären, da eine bis zum Äussersten notwendige Exaktheit und strengste Vermeidung auch nur geringfügiger oder sehr fern liegender Missverständnisse am Platze ist, der Verbesserung bedürftig: so p. 12, Abs. 3, wo zweimal das Wörtchen „es“ fälschlicherweise sich auf „Gehirn“ statt „Glied“ bezieht. — Der Satz (p. 20): „Bei der Pflege von kranken Wöchnerinnen oder sonst an ansteckenden Krankheiten leidenden Personen verunreinigte Kleider und Schuhe müssen abgelegt etc. werden“ ist beim ersten Durchlesen nur schwer, für manche Hebammen vielleicht überhaupt nicht verständlich. — p. 31 würde es sich empfehlen, in dem Passus: „Die eigentliche Gebärmutterhöhle liegt im Gebärmutterkörper und hat dadurch eine dreieckige Gestalt, dass sie . . .“ das Wort „dadurch“ fett zu drucken oder auf andere Weise kenntlich zu machen, dass es sich auf das Nachfolgende und nicht auf das Vorausgegangene bezieht. — p. 49 könnte in dem Satze: „Das Wesen des Thermometers wird am besten verständlich, wenn man weiss, wie es gemacht wird“, das Wörtchen „es“ besser durch „letzteres“ ersetzt werden. —

Neben diesen formalen Beanstandungen wären folgende sachliche zu erwähnen: Zunächst die an einzelnen Stellen doch etwas zu kurz geratene Darstellung, z. B. der Beschreibung, wie ein Thermometer einzulegen ist, oder des Grundes, warum die Analgegend zuletzt zu desinfizieren ist, oder der Forderung, nochmals die Hände zu desinfizieren nach der Applikation eines Darmeinlaufes u. a. drgl. — alles von dem Standpunkt aus, dass man einer Hebamme nicht eindringlich und subtil genug das für sie, resp. ihre Schutzbefohlene Wichtige, speziell was Desinfektion anbetrifft, einschärfen kann.

Aus demselben Grunde dürfte es angebracht sein, nicht die Nagelschere zum Abschneiden der Schamhaare zu empfehlen und vom Trippereiter nicht zu behaupten: „Er schadet der Haut gar nichts“, resp. vom Krebs: „Eine Ansteckungsgefahr besteht bei Krebs nicht.“ — Auch der Unterschied zwischen Rachitis und Osteomalakie hätte besser als mit den Worten: „Die Knochen werden weich und biegsam in der Kindheit bei englischer Krankheit oder Rachitis und im späteren Alter bei Osteomalakie . . .“ formuliert und detaillierter auseinandergesetzt werden können. — Bei der Anweisung zum Stillen durfte der ausdrückliche Hinweis darauf, dass während jeder Mahlzeit nur eine Brust zu geben ist, nicht fehlen, umgekehrt konnte die Empfehlung des Mundauswaschens beim Säugling wegbleiben. — Dass die Schultze'schen Schwingungen

schwerer zu erlernen seien, als die Methode der Sylvester'schen künstlichen Atmung, dürfte zu bezweifeln sein, ebenso die Behauptung: „Hasenscharten allein (ohne sonstige Missbildung) sind nur Schönheitsfehler.“ — Auch eine ausdrückliche Warnung der schädlichen Manipulationen, wie Massage bei Phlegmasia alba dolens u. dgl. m., wäre vielleicht nicht überflüssig gewesen. — Die „Dienstvorschriften“ der Hebammen sind nicht mit aufgenommen; eine Ergänzung in dieser Hinsicht sowohl in bezug auf österreichische wie reichsdeutsche Verordnungen würde der Verbreitung des Buches wesentlich zugute kommen. —

Sehr beachtenswert und das Ganze in vortrefflicher Weise abschliessend ist das Nachwort, ein kurzer, aber gehaltvoller Appell an das Pflichtgefühl und das Verantwortlichkeitsbewusstsein der Hebammen.
S c h w a b -Berlin/Schöneberg.

Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Von Hofrat Prof. Dr. R. Chrobak und Hofrat Prof. Dr. A. von Rosthorn in Wien. II. Teil; Die Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Gr. 8°. 272 Seiten. Mit 90 Abbildungen und 2 Tafeln. Wien und Leipzig, 1908, Alfred Hölder. Geh. Preis 7,20 Mk.

Dasselbe hohe Lob, welches bereits dem I. Teil des obengenannten Werkes wohl seitens der gesamten medizinischen Presse gespendet worden ist, wird zweifelsohne auch dieser neuen Abteilung zuteil werden, da dieselbe ein solches im vollsten Masse verdient. Mit souveräner Beherrschung des Gegenstandes geben uns die gelehrten Verff. von der Ausgestaltung und Entwicklung aller Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane ein lebendiges, anschauliches Bild. Uns liegt so ein Werk vor, welches dem Fachmann in seiner Übersichtlichkeit und erschöpfenden Behandlung eine ungetrübte Freude sein muss. Als Lehrbuch betrachtet erscheint uns allerdings ein bisschen viel Literatur im Text, ein vielleicht allzu gewissenhaftes Eingehen auf Kontroversen vorzuliegen. Den Lernenden interessiert in erster Linie das, was sich als wissenschaftlich anerkannter Kern aus der Flut der Ansichten herauskristallisiert hat und was speziell die autoritative Meinung der beiden Verfasser ist. Aber das, was vom Standpunkt des Studierenden aus vielleicht als ein Zuviel angesehen werden könnte, bildet für den ausgebildeten Gynäkologen, zumal den historisch orientierten, geradezu ein Hauptvorzug des verdienstvollen Werkes. Die moderne Wissenschaft aber kann sich freuen, dass sie ein solches Standardwerk über eine wichtige Abteilung unserer Disziplin besitzt. Und dass die Verff. ganz und gar modern fühlende Männer sind, beweist unter hundert anderen Momenten nichts besser als der Umstand, dass sie in bezug auf die Entstehung von Missbildungen auch den psychischen Einfluss zulassen, indem sie diesen indirekt durch Zirkulationsveränderungen sich wirksam denken. —
F r e u d e u b e r g -Dresden.

Folia urologica. Internationales Archiv für die Krankheiten der Harnorgane. Herausgegeben von Prof. Dr. J. Israel, Berlin. II. Bd. März 1908, No. 1. Gross 8°. 136 Seiten, Leipzig, 1908, Klinkhardt. Preis pro Band, geh. 25 Mk.

Die Idee, ein internationales Archiv für die so wichtige Materie der Urologie, welche sich in innigster Weise in die interne Medizin, die Gynäkologie und Chirurgie hinein verzweigt, zu begründen, erscheint als eine sehr glückliche, da sie, wie die stattliche Anzahl der Mitarbeiter und die Publikationen des vorliegenden Heftes beweisen, die besten Kräfte aller Kulturländer zu gemeinsamer Arbeit auf den Platz ruft. Mit besonderer Freude begrüßen wir ferner den Umstand, dass behufs leichterer internationaler Verständigung nur die Idiome bei den Publikationen zur Anwendung gelangen, deren Kenntnis bei jedem gebildeten Arzte vorausgesetzt werden darf. So bedienen sich von fremdländischen Gelehrten in dem vorliegenden Hefte der Ungar Dozent Dr. G. von Illyés und der Skandinavier Dr. G. Ekehorn der deutschen, die andern der französischen Sprache. Dagegen sind die eingehenden *Résumés* aller Artikel sowohl in der deutschen als der französischen, russischen, englischen und italienischen Sprache gegeben.

Um den Inhalt des vorliegenden Heftes wenigstens anzudeuten, seien die Titel der Arbeiten kurz erwähnt: Dr. de Keersmaecker aus Antwerpen behandelt die Albuminurien, chronischer Nephritiden und den Koch'schen Bazillus, woraus wir die Sätze hervorheben, dass eine Infektion mit Tuberkelbazillen eine einfache Entzündung ohne spezifischen Charakter hervorrufen kann, die ohne Tuberkelbildung zur Sklerose führt, auf Alttuberkulin Koch reagiert und wie eine Tuberkulose behandelt werden muss, also nicht mit absolutem Milchregime und Bettruhe etc.

Über Nierentuberkulose handelt Dozent Dr. von Illyés, welcher dieser Krankheit die gleiche Häufigkeit bei Männern wie Frauen vindiziert, spontane Heilung nur für scheinbar und nicht dauernd hält und daher nach Stellung der Diagnose zur sofortigen Nephrektomie rät, bevor sich noch eine deszendierende Blasen-erkrankung entwickelt hat.

Eine Statistik über 70 Nierenoperationen (ausgenommen Fälle von Tuberkulose) macht Dr. Cathelin, chirurgischer Oberarzt des urologischen Hospitals zu Paris, auf. Hier sind es besonders die anatomischen und operativen *Détails*, welche sich in den Vordergrund des Interesses drängen.

Dr. Ekehorn bearbeitet die Hydronephrose mit Rücksicht auf frühe Operation und frühe Diagnose. Einerseits hat man durch frühes Operieren die grösste Möglichkeit, die ursprüngliche Ursache der Hydronephrose zu entdecken, und andererseits besteht die Operation der Hydronephrose in frühem Stadium lediglich in der Beseitigung des ursprünglichen Hindernisses für den Abfluss.

Eine ganz hervorragende Leistung ist der Bericht des Doz. Dr. R. Hottinger (Zürich) aus der deutschen Schweiz, der kurz und doch eingehend genug alle dortigen Erfahrungen auf urologischem Gebiete, soweit dieselben aus Publikationen, Vorträgen,

Gesellschaftsberichten (Diskussionen) etc. ermittelbar waren, zusammenstellt.

Den Schluss des Heftes bildet eine Bücherbesprechung.

Dieser kurze Hinweis auf den reichhaltigen, wissenschaftlich gediegenen und wertvollen Inhalt des Archivs dürfte genügen, jedem Leser eine Anschauung von der Bedeutung und Erspriesslichkeit des Unternehmens zu geben und eine dankbare Empfindung gegenüber dem Verleger, der hierbei gewiss einen hohen, aber auch mit grossem Risiko verbundenen Wurf getan hat, auszulösen. Ich stehe nicht an, zu erklären, dass die zeitgenössische Wissenschaft auf diese neue, ihr gewordene buchhändlerische Unterstützung stolz zu sein alle Ursache hat. —

Freudenberg-Dresden.

Hauskuren bei chronischen Herzkrankheiten. Von Privatdozent Dr. Max Herz. Mit einem Anhang: Rezeptformulare für Herzranke. Klein 4. 76 Seiten. Mit Illustrationen von gymnastischen Übungen im Text, sowie zwei Bildern, Inhalation und Institut darstellend. Wien 1908, Moriz Frisch. Geh. ohne Angabe des Preises.

Der Verf., Leiter des diagnostisch-therapeutischen Instituts für Herzranke in Wien I, Kärntnerring 3, gibt aus seiner reichen praktischen Erfahrung in dem obengenannten Bändchen, welches als No. 1 einer Serie ähnlicher Publikationen erscheint, aus seiner reichen praktischen Erfahrung eine recht dankenswerte Zusammenstellung alles dessen, was für den ärztlichen Praktiker, der selbständig Hauskuren von Herzranken leiten will, wissenswert ist. Bei dem innigen Zusammenhang, in welchem Herzleiden und Frauenkrankheiten resp. Schwangerschaftszustände stehen, dürfte das kleine Werk auch die Beachtung der Frauenärzte verdienen, da es die ihm gestellte Aufgabe in sehr übersichtlicher, knapper Weise recht befriedigend löst. —

Freudenberg-Dresden.



Referate aus ärztlichen Gesellschaften.

Transactions of the New York obstetrical society.
Meeting of December 10, 1907.

Child beschreibt einen Fall von Mangel der rechten Tube und des zugehörigen Ovarium, ohne Besonderheiten.

Boldt hat einen Fall von puerperaler Sepsis, der durch Vereiterung eines in der Zervix sitzenden Myoms entstanden war, durch Exstirpation des Uterus geheilt.

Wells hat einen gewiss recht seltenen Fall beobachtet, in welchem bei einem inoperablen Karzinom eine Verkalkung erfolgte. Die Patientin war probelaparotomiert worden, wobei sich zeigte, dass derartige Metastasen vorhanden waren, dass eine Radikaloperation

ausgeschlossen war. Bei der Obduktion zeigte sich die erwähnte Veränderung.

Brothers erwähnt einen Fall von vernachlässigtem Pessar, das er in Stücken entfernen musste.

Le Roy Broun berichtet über eine sehr stark heruntergekommene Patientin mit doppelseitigen papillären Kystadenomen der Ovarien und Aszites. Es war zunächst nur ein Tumor diagnostiziert worden, dessentwegen die Laparotomie ausgeführt wurde. Leichte Abtragung. Es zeigte sich, dass ein zweiter im kleinen Becken liegender Tumor vorhanden war, auf dessen Entfernung in Anbetracht des Zustandes der Patientin zunächst verzichtet wurde. Drei Wochen später zweite Laparotomie; der Tumor war nirgends verwachsen und konnte ebenfalls leicht entfernt werden. Heilung. (Ein derartiges Vorgehen erscheint Ref. nicht richtig. Selbst wenn an dem zweiten Tumor Verwachsungen vorhanden gewesen wären, so wäre eine Verlängerung des ersten Eingriffes doch nicht so schwer gewesen, dass es gerechtfertigt erscheinen könnte, die Pat. der Gefahr einer zweiten Operation auszusetzen.)

Brettauer bespricht einen Fall von akuter Gonokokkeninfektion einer unilokulären Ovarialkyste mit entsprechendem Blutbefund. Operation, Heilung.

In drei Fällen von Puerperalfieber hat Jewett mit gutem Erfolg die Serumtherapie angewandt.

Dickinson empfiehlt einen Halter aus Aluminium mit Springfederrücken für Krankengeschichten, in den die einzelnen Blätter leicht eingefügt und wieder herausgenommen werden können. —

Burckhard - Würzburg.

Transactions of the section on gynecology of the New York academy of medicine. Meeting of February 6, 1908. The amer. journ. of obstetr. March 07.

Ewing unterscheidet drei Formen von Chorioepitheliomen nämlich Synkytiom, Chorioadenoma destruens, und Choriokarzinom. Der Unterschied liegt in der histologischen Struktur. Diese drei Formen sind auch klinisch zu unterscheiden, indem sie verschiedene Malignität besitzen. Das erste ist relativ das am wenigsten, das letzte das am meisten maligne. Auf alle Fälle kommt es auf frühzeitige Stellung der Diagnose, ev. durch Probekurette, und rechtzeitige Operation an.

Reynolds (Boston) teilt die Kaiserschnitte je nach der Zeit der Vornahme in drei Formen ein, nämlich den primären, der vor Beginn der Geburt, den sekundären, der in einem frühen Geburtsstadium, und den späten, der in einem späteren Geburtsstadium ausgeführt wird. Die Mortalität der ersten Form beträgt kaum ein Prozent, die der zweiten etwa 4 Proz. und die der letzten 12 Proz. Es empfiehlt sich deshalb, den Kaiserschnitt möglichst frühzeitig auszuführen. Vor allen Dingen kommt es darauf an, dass schon während der Schwangerschaft eine genaue Diagnose der mechanischen Verhältnisse gestellt wird, damit dann bei der Geburt der richtige Weg für die Therapie eingeschlagen werden kann. —

Burckhard - Würzburg.

Transactions of the southern surgical and gynecological association. (Fortsetzung.) The amer. journ. of obstetr. March 08.

B o v e e (Washington) beschreibt einen Fall von zirkumskripter phlegmonöser Gastritis im Wochenbett nach Abort im 6. Monat. Nach Gastrotomie erfolgte Heilung.

B o l d t (New York) betont die Schwierigkeit der Diagnosenstellung bei extrauteriner Gravidität, bevor die Tube geplatzt ist, und weist auf zwei Symptome hin, die für die Diagnose von Wichtigkeit sind, nämlich Schmerzen in den unteren Abschnitten des Rektum und Bewegungen der Portio mit dem untersuchenden Finger. Sehr häufig kommen Verwechselungen mit entzündlichen Erkrankungen der Adnexe vor, ebenso mit unvollständigem Abort und Perithyphlitis.

D e a v e r (Philadelphia) warnt vor zu häufiger Ausführung der Cholekystektomie, die er als berechtigt nur anerkennt bei Karzinomen oder anderen Neubildungen und bei Steinen der Gallenblase. In allen anderen Fällen kommt man mit anderen Mitteln, wie Drainage, partielle Resektion usw. aus.

Die Frage, ob bei Laparotomien Katgut oder Silk vorzuziehen sei, beantwortet J o h n s o n (Washington) weder in bejahendem, noch in verneinendem Sinn. Eine nicht zu leugnende Schwierigkeit liegt in der schweren Sterilisierbarkeit des Katgut. Er hält es für am zweckmässigsten, wenn die beiden Nahtmaterialien zusammen verwendet werden, und nicht ausschliesslich das eine oder das andere.

S t o n e (Washington). bespricht die retroperitonealen Kystadenome, die in der Regel ihren Ausgangspunkt von dem G ä r t n e r'schen oder W o l f f'schen Gang nehmen. Er hat zwei derartige Fälle beobachtet. — B u r c k h a r d - Würzburg.

In der Royal society of medicine hielten nach deren proceedings (Aprilnummer 1908, pag. 148) die DDr. A n d r e w s und M a x - w e l l einen Vortrag über eine **schwierige Geburt**.

Der Fall betraf eine 38 jährige Jüdin, welche mehrere Fehlgeburten und mehrere totgeborene Kinder gehabt hatte und nun wieder schwanger war. Bei der Geburt stellte sich für den behandelnden Arzt, nachdem er Achsenzugzange, Perforation, Wendung, Eventratio etc. vergebens versucht hatte, die völlige Unmöglichkeit heraus, die Frau zu entbinden. Auch in der Klinik der Redner gelang dies nicht. Es wurde daher zur Exstirpation des Uterus samt Inhalt (das Kind war längst i. p. abgestorben) per viam abdominalem geschritten. Die Frau starb anderen Tags.

Die Redner beschreiben nun sehr eingehend die makroskopischen und mikroskopischen Ergebnisse der Operation und Sektion; wir heben hieraus den besonders interessanten Punkt der dabei konstatierten Überreife hervor.

Die Annahme des Bestehens einer Überreife stützt sich auf folgende 3 Momente:

1. die Berechnung der Schwangerschaftsdauer seit der letzten Menstruation,
2. das übermässige Gewicht der Frucht,
3. die Feststellung des Grades der Verknöcherung des Fötus durch unmittelbare Untersuchung der Epiphysenknorpel und durch Radioskopie.

Die ersten beiden Faktoren sind allein für sich trügerisch und wohl nur der letzte ein sicherer Anhaltspunkt. Seit die Radioskopie in den Dienst der Geburtshilfe gestellt worden ist, hat die Frage der Superfoetatio eine wesentliche Förderung erfahren. Bis man die Ossifikation als Untersuchungsmodus kennen lernte, galt eine merkliche Differenz im Gewicht zweieiiger Zwillinge als ein Beweis für Superfötation; wie sehr die Radioskopie diesen aber ins Schwanken gebracht hat, ist im Bulletin de la société d'obstetr. de Paris, 1906, IX. Bd., pag. 6 klar und deutlich erwiesen.

Bei dem in Rede stehenden Fötus war nur eine Epiphysis für die genauere Prüfung zugänglich (das eine Bein war beim Extraktionsversuch ausgerissen). Aus allen Anzeichen geht mit Bestimmtheit hervor, dass das Kind die 54. Woche überschritten hat. Es kommen dabei in Betracht:

1. das Alter der Mutter (die Zeit zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr liefert die kräftigste Nachkommenschaft;
2. die Zahl der Schwangerschaften (im allgemeinen gilt das Gesetz, dass ein wachsender Gewichtsüberschuss bis zur fünften Schwangerschaft eintritt);
3. eine ganz unbestimmte Beziehung zur Grösse und allgemeinen Entwicklung der Eltern.

Die Häufigkeit von überreifen Früchten wird von H i r s t auf 2 Proz. geschätzt und führt ihn zu dem Gesetz, dass keine Frau länger als 2 Wochen über das normale Ende der Gravidität hinaus tragen sollte. v. W i n c k e l führt über 200 Fälle an und auch O l s h a u s e n hat sorgfältig alles einschlägige Material gesammelt. Er berichtet über einen Fall von B e n s i n g e r, der seiner Meinung nach der beweiskräftigste ist. Neuerdings haben B a l l a n t y n e und M a c K e r r o n Vorkommnisse von Postmaturität zusammengestellt, und es sind gerade die englischen Autoren, welche die Anschauung vertreten, dass die Feststellung dieser Vorgänge nur durch Untersuchung der Plazenta möglich sei. M a c K e r r o n teilt einen sehr instruktiven Fall von Dystokie infolge übermässiger Entwicklung des Kindes mit (Obst. journal brit. empire, 1907, XI., pag. 397), nachdem er früher schon über zwei ähnliche Vorkommnisse berichtet hatte (Scot. med. and surg. journ., 1900, VII., pag. 522). In einem derselben erfolgte die Geburt erst 3 Wochen nach dem Reifetermin und war dieselbe erst nach Eviszeration von Bauch- und Brusthöhle möglich, wiewohl das Becken nicht verengert war. Zum Teil kam die Umfangszunahme des Fötus auf Rechnung einer ödematösen Anschwellung der subkutanen Gewebe infolge trombotischer Veränderung der Plazenta, welche Anasarka und Absterben des Kindes herbeigeführt hatte. Auch in dem von B a l l a n t y n e behandelten

Fall hatte die mikroskopische Untersuchung degenerative Prozesse in dem Mutterkuchen ergeben. —

Ein Punkt von gewissem Interesse ist der, dass in vielen, wenn auch nicht in allen Fällen von verlängerter Schwangerschaft die Frau Dosen von 20—40 Gramm Chlorkali täglich während der Schwangerschaft zu sich genommen hat.

Diese Vorschrift war rücksichtlich vorhergegangener mehrfacher Aborte erfolgt. Anscheinend kommt dem Chlorkali ein spezifischer Einfluss auf die Behinderung einer Entartung der Plazenta zu. Die Redner beobachteten denn auch in ihren Fällen keinerlei pathologische Degenerationserscheinungen. Über die einfache oder mehrfache Ursache einer Verzögerung des Geburtseintrittes wird auch durch die Untersuchungen der Vortragenden keine endgültige Entscheidung gefällt, doch weist alles darauf hin, dass die Geburt alsdann vor sich geht, wenn der Mutterkuchen beginnt, der Ernährung des Kindes nur mehr unvollständig vorzustehen. Es erscheint daher nicht nur möglich, sondern selbst wahrscheinlich, dass kein wesentlicher Unterschied zwischen der normalen und der überzeitigen Plazenta besteht, da in beiden Fällen, wenn auch zu ungleichen Zeiten, die Geburt mit den sie bedingenden degenerativen Prozessen der Dezidua eintritt. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.



Praktische Mitteilungen und Notizen.

Pruritus ani.

Hartnäckiges Vorkommen von Pruritus ani hängt bisweilen von der Anwesenheit eines kleinen Geschwürs der Mastdarmschleimhaut ab, zwischen dem äusseren und inneren Sphinkter sitzend.

Die beste Behandlung ist die gewaltsame Dehnung des Afterschliessmuskels. —

(Nach The Hospital, 30. Nov. 1907, pag. 242.)

F r e u d e n b e r g - Dresden.

In seiner Arbeit aus dem Institut für Pharmakologie und physiologischen Chemie der Universität Rostock (Direktor: Prof. Dr. Kobert) Betrachtungen und Versuche über das frühere und das heutige Griserin (Therap. Rundschau 1908, No. 15) kommt Dr. Karl Kobert, Assistent am Institut, zu den nachstehenden Ergebnissen:

1. Man hat zu unterscheiden zwischen dem früheren, loretin-haltigen Griserin und dem heutigen Griserin.

2. Im heutigen Griserin ist eine jodierte 8-oxy-chinolin-5-sulfosäure enthalten. Die Stellung des Jods im Ring ist unbekannt; die Frage über die Identität dieser Säure mit dem Loretin ist nicht entschieden. Um die Löslichkeit der freien

Säure zu erhöhen, enthält das heutige Griserin 20 Proz. Na HCO_3 mechanisch beigemischt.

3. Die grüne Reaktion mit Fe Cl_3 ist die empfindlichste; man kann die Jod-8-oxychinolin-5-sulfosäuren als empfindliches Reagens auf Ferriionen benutzen.

4. Das Mittel besitzt gewisse bakterienhemmende Eigenschaften.

5. Da eine viel stärkere bakterienhemmende Wirkung durch Griserin als durch Menthol von uns nachgewiesen worden ist, ist die Möglichkeit vorhanden, dass das Mittel im Organismus antiseptisch wirkt. Da es geschmacklos ist, konnte es z. B. zu Zahnpulvern und Zahnseifen statt des Menthols benutzt werden. Da wir weiter nachgewiesen haben, dass eine Verankerung im Organismus nicht stattfindet, wird eine antiseptische Wirkung am ehesten an den Applikationsstellen und an der Hauptausscheidungsstelle, d. h. in der Niere und in den Harnwegen eintreten können.

6. Eine Abspaltung von Jod durch die Sekrete des tierischen Organismus ist von mir nicht nachgewiesen worden. Das Griserin verdankt also seine bakterienhemmende Eigenschaft wahrscheinlich nicht dem Jod, sondern seiner Konstitution.

7. Die von Küster für das frühere Griserin bei innerlicher Darreichung angegebenen Dosen von 0,2—0,5 g gelten auch für das heutige Griserin; sie sind sicher ungiftige.

8. Das frühere Griserin war infolge zu hoch gesetzter Erwartungen und daran geknüpfter ungeschickter Empfehlung stark in Misskredit geraten. Da das heutige Griserin ein anderes Mittel ist als das alte, glaubten wir verpflichtet zu sein, es zu prüfen und auf das neue Präparat Griserin hinzuweisen. Mögen diese Zeilen zu weiteren wissenschaftlichen Arbeiten und zu umfassenden klinischen Untersuchungen anregen, damit endlich entschieden wird, ob das Griserin ein brauchbares Heilmittel ist oder nicht! —

Freudenberg - Dresden.

Das Extractum Chinae Nanning zeichnet sich durch folgende Momente vorteilhaft vor verwandten Präparaten aus:

1. Der Alkaloidgehalt ist fast konstant und beträgt 5 Proz.
2. Alle wirksamen Bestandteile der roten Chinarinde befinden sich in gelöstem Zustande im Präparat.
3. Alle nicht wirksamen, also nutzlosen und den Magen beschwerenden Substanzen sind ausgeschieden.
4. Die in den Rinden vorhandene Chinagerbsäure ist nicht in Chinarot umgesetzt, sondern in gelöster Form vorhanden.
5. Das Präparat ist vollständig alkoholfrei. Es bleiben daher die in Wasser und dem Magensaft unlöslichen Substanzen in der Rinde zurück, während dieselben in wachsartiger und harziger Form in anderen China-Präparaten enthalten sind. — F.



Feuilleton.

Die Laufkur.

Nach dem Französischen des Dr. Burlureau (Revue de théér. méd.-chir. Nr. 1, 1908.

Deutsch von Dr. Freudenberg - Dresden.

(Schluss.)

Die erste Sitzung dauert im Durchschnitt nur zehn Minuten, die zweite 15, und nach der vierten bringt man es bis auf 20. Im allgemeinen begnügen wir uns damit, 35 Minuten laufen zu lassen; bei manchem Kranken jedoch, bei jenen Leuten, die sich auf den Militärdienst vorbereiten sollen, bei robusten Personen, die viel körperliche Aktivität zu verausgaben haben, bewährt sich ein Laufen von 1—1½ Stunde ausgezeichnet. Ich habe einen Patienten, der zweimal zurückgestellt und schliesslich wegen allgemeiner Körperschwäche definitiv vom Militärdienst freikam, und nun, nachdem er seit 3 Jahren täglich nach meiner Anweisung läuft, sich einer Gesundheit erfreut, die einfach unübertrefflich ist.

Das alles erscheint ganz einfach und man bildet sich schliesslich ein, dass es nichts Leichteres gebe, als eine solche Methode anzuwenden und zu leiten.

In der Praxis dagegen ist diese Behandlung ziemlich schwer durchzuführen, erstlich weil man sie nur unter besonderen Bedingungen anwenden kann. Einer meiner Patienten z. B., der während eines Jahres im Garten zu Auteuil laufen gelernt hatte, wollte das Verfahren in der Nähe des Invalidenhôtels fortsetzen; doch untersagte ihm die Polizei die Ausübung dieses Sports. Auf dem Lande, auf den Strassen hindern die Passanten, welche sich darüber lustig machen, die Hunde, welche nach einem laufenden Menschen schnappen, — wenn es nur beim Schnappen bleibt! Und dann, wie soll man der Rücksicht entsprechen, die man auf das Durchschwitzen zu nehmen hat?

Von allen Körperübungen aber ist die geschilderte die heilsamste. Indem man die Beine arbeiten lässt, lässt man die Lungen arbeiten. Beim methodischen Laufen übt man die beste respiratorische Gymnastik aus, das haben uns unsere spirometrischen Untersuchungen bewiesen. Man beeinflusst den Ernährungszustand, befördert den Appetit und vertügt über das beste Behandlungsmittel gegen die Verstopfung. Diese Übung, im Freien vorgenommen, kann nicht anders als ausgezeichnet wirken. Auch die hervorragende seelische Beeinflussung durch die Laufkur verdient Hervorhebung. Indem man die Beine und die Atmungsorgane zu methodischer Bewegung zwingt, übt man die Willenskraft. Es ist nötig, alle Tage zu üben, zur selben Stunde, am bekannten Orte. Kein Wetter darf uns zurückhalten. In Auteuil kennt man weder Regen, Schnee noch Sonnenschein. So zeitigt jeder Tag einen Fortschritt, und mehr und mehr kräftigt sich der Charakter. Ich habe Kranke, die gar nicht

ohne ihre tägliche Übung bestehen können, und die sich verraten und verkauft vorkommen, wenn sie einmal absolut verhindert sind. Ich selbst, der ich 3 Jahre hindurch, um es in all seinen Details zu studieren, dieses Heilverfahren verfolgt habe, würde die Laufkur täglich fortsetzen, wenn ich dazu Zeit und Mittel besäße.

„Aber“, so werden Sie fragen, „für welche Art von Kranken ist dieses Verfahren, dessen Schwierigkeit und Bedeutung wir wohl verstehen, ganz besonders geeignet?“

Ich antworte, es passt für fast alle Kranke.

Die Zahl der Kranken ist Legion, deren Willen schwach ist, die von der Angst befallen sind, einen Herzfehler zu haben, die an Überanstrengung leiden, deren Herztätigkeit und Zirkulation gestört ist, die Fettleibigen, die Abgemagerten, deren Gewebsschwund auf tiefen Störungen der Ernährung beruht, infolgedessen sie die Nahrung schlecht assimilieren, die an Dyspepsie Leidenden (NB. diese dürfen nicht nüchtern laufen!), die Konstipierten, die Rheumatiker, kurz alle jene Kranke, welche zwar keine organischen Erkrankungen, aber doch Gesundheitsschädigungen in sich tragen. Organische Kranke freilich lasse ich nicht laufen, denn die Laufkur ist doch schliesslich, selbst bei guter Regelung, ein energisch wirkendes Mittel. Darum wird mit der Anwendung der Laufkur sehr vorsichtig verfahren. Der Garten von Auteuil steht nicht dem Ersten Besten offen. Meine Kollegen sowohl, welche den Wert dieses Verfahrens schätzen, als auch ich schicken nur solche Kranke dahin, die auf Herz und Lungen geprüft sind. Wäre ich mit der Zeit nicht beschränkt, so möchte ich gerne einige charakteristische Beobachtungen der guten Wirkung der Laufkur anführen. Ich kann aber alle meine Beobachtungen dahin zusammenfassen, dass ich allgemein erkläre, dass ich keinen meiner Patienten, der sich energisch zur Laufkur verstanden hat, je wieder in meiner Sprechstunde gesehen habe. Fräulein X. ist durchaus keine Ausnahme von der Regel.

Fräulein X. war ganz gesund bis zu Ihrem 22. Jahre. Zu dieser Zeit hatte sie eine leichte Grippe, von der eine Störung des Allgemeinbefindens ihren Ausgangspunkt nahm. Geistige Überanstrengung bei mangelhafter Körperpflege führte zu einer allgemeinen Erschöpfung. Die Darmtätigkeit wurde träge; es gingen öfters enteritische Häute ab. 1892 schien ein Aufenthalt in der Schweiz und sodann in einer sog. Kneippanstalt eine Besserung herbeizuführen. Doch kaum nach Paris zurückgekehrt, erfolgte ein neuer Anfall von Dysenterie. Auch im folgenden Jahre blieb eine wiederholte Kneippkur resultatlos und es stellte sich Magenkrampf ein. 1894 war der Zustand akut: Schlaflosigkeit, Kopfwahl, hochgradige Nervosität, anämische Blasegeräusche an der Herzbasis. Vergebens behandelte ich diese Kranke mit Bettruhe etc. Auch mehrjähriger Bäderbesuch konnte eine zunehmende Verschlimmerung nicht verhindern. 1896 wurde eine Mastkur durchgeführt, die das Körpergewicht um 6 Kilo steigerte, aber keine Besserung herbeiführte. Ebenso blieb während der nächsten 2 Jahre der Besuch von Wasserheilanstalten wirkungslos. Die nervösen Leiden nahmen zu, die

Schmerzen der Wirbelsäule zwangen die Kranke fast beständig ins Bett. Wagenfahrt und Eisenbahn war unerträglich. Der Zustand des Magens und Darms zwang zu strengster Diät; jede Beschäftigung wurde beinahe zur Unmöglichkeit. Die tätige Natur der Patientin litt sehr unter dieser Entbehrung. Bei diesem beklagenswerten Zustand wurde ein berühmter Spezialist konsultiert, der zur Bettruhe und Isolierung riet. Mehrere Monate Bett und Einsamkeit verschlimmerten den Zustand noch. Die Schmerzen der Wirbelsäule wurden intensiver, Schlaflosigkeit und allgemeine Erschlaffung versetzten Frl. X. in einen wirklich bedauernswerten Zustand.

In diesem Augenblick der tiefsten Entmutigung (1901), fasste ich die Idee, Frl. X. unter Leitung des Majors de Raoul einer Laufkur zu unterwerfen. Dieser ging sehr vorsichtig zu Werke, liess sie erst täglich 5—6 Minuten, dann 10, dann 20 Minuten laufen. Jedem Laufen folgte eine lauwarme Dusche. Jede Diätregelung unterblieb; die Kranke ass ganz nach ihrem Appetit. Nach 2 Monaten dieser Behandlung bestand eine wirkliche Besserung und nach Jahresfrist konnte man fast von einer vollständigen Heilung reden. Die frühere Patientin setzte mehrere Jahre hindurch ihre Laufkur fort und läuft gegenwärtig noch dreimal in der Woche. Sie lebt wieder ganz normal und wendet ihre Zeit in geistvollster und altruistischster Weise an, indem sie Unglücklichen ihre so mühsam wiedererlangten Kräfte widmet. —

Sehen wir jetzt zu, wie sich in der Praxis die Laufkur durchführen lässt. Dazu gehört ein Garten oder ein Hof, ein Raum, in dem die Kranken ihre Kleider wechseln, abgerieben werden oder duschen können, wenn die Übung zu Ende ist.

Eine derartige Einrichtung ist in allen Kasernen möglich, und wenn unsere Kollegen von der Armee von der Nützlichkeit dieser Methode überzeugt sind, können sie leicht alle eine Laufkur organisieren, jedoch ausschliesslich für die jungen Soldaten bestimmt, welche einer besonderen Überwachung bedürfen. Diese jungen Leute, in Gruppen von 5 oder 6 geteilt, können der Reihe nach kurlaufen und nach der Übung im Badezimmer, welches jede Kaserne besitzt, die schliessliche Dusche bekommen. So lässt sich diese Einrichtung treffen.

Auch in den Unterrichtsanstalten lässt sich das Verfahren durchführen, aber, ich wiederhole es, für eine beschränkte Zahl von Kranken. Ich hoffe im Sanatorium von Zuccotte, welches im nächsten Jahre eröffnet werden wird und 1200 Kinder während des ganzen Jahres und eine weitere Zahl von Ferienkolonisten während der Schulvakanz beherbergen wird, die Laufkur einzurichten. Mein Freund, Herr Van Cauvenberghe, der auch ein Freund des Fortschrittes ist, wird einen Lehrer nach Paris schicken, der in 5—6 Tagen in die Geheimnisse der Dromotherapie eingeweiht werden und den Dienst organisieren soll, der berufen ist, die kleinen Zöglinge von Zuccotte ebenso günstig zu beeinflussen, wie das Meer.

Es wäre zu wünschen, dass in allen Krankenhäusern ein ähnlicher Dienst eingerichtet würde. Überall finden wir die Mittel für

Elektrotherapie. Es wäre nicht umständlicher und nicht schwieriger, die Laufkur zu installieren, aber viel billiger.

Indess diese Methode muss, um gute Früchte zu tragen, mit Sorgfalt studiert und betrieben werden. Ich kenne eine Erziehungsanstalt, in der Körperübungen in hohen Ehren stehen und in der man die Schüler auch laufen lässt; aber schlecht angeleitet, sind die Kinder nach einigen Minuten atemlos. Sie bleiben auf der Strecke, es ist ein Jammer. Wenn die Erzieher dieses Hauses, sonst von einem ausgezeichnetem Geiste des Fortschritts beseelt, 48 Stunden darauf verwenden wollten, sich selbst mit den Grundsätzen der Laufkur vertraut zu machen, so würden sie diese peinliche und gefährliche Übung in eine heilsame und angenehme verwandeln.

Zusammengefasst: Die Anwendungen der Laufkur sind beschränkt. Man darf sich nicht einbilden, es sei ohne Bedeutung, zu laufen wo oder wie es gerade trifft, um Dromotherapie zu treiben. Man muss zu laufen verstehen und über die entsprechenden Einrichtungen verfügen. Ist aber beides der Fall, so wird man von solchem Laufen Vorteile haben, die ich nicht anstehe folgendermassen zu rühmen: „Das Laufen in gebeugter Haltung, richtig und mässig angewandt, verdient unter die gebräuchlichsten Heilmittel, über welche der Arzt verfügt, eingereiht und unter diesen auf einen Ehrenplatz gestellt zu werden.“

Literatur.

Ahreiner, Georg, ü. d. Blutgn. b. d. sogen. chronischen Metritis. Diss. Strassburg 08.

Bucura, emer. Arzt. Dr., geburtshilf. Therapie einschliessl. d. Operationen f. Ärzte u. Stud. Wien 08. Denticke. 6,00

Bunge, G. von, het toenemend onvermogen der vrouw om haar Kinderen te zogen. De oorzaken en de weg tot genezing Amsterdam 08. Craft & Co. fl. 0,45

Czyzewicz, jun. Dr. Ad, Hyperemesis gravidarum. (Sammlung klin. Vorträge, begr. v. R. v. Volkmann, NF. No. 485.) Leipzig 08, J. A. Barth. 0,75

Groll, Philipp, ü. diffuse Hypertrophie d. weibl. Brustdrüse. Diss. München 08

Hermann, G. Ernest, the students handbook of gynaecology il. New York 08 Wood & Co. cl. 2 doll. 50 c

Jacobi, Felix, Geburtsverlauf u. Therapie beim engen Becken. Diss. Strassburg 08.

Jerreslaw, Bruno Indikationen z. künstl. Unterbrechng. d. Schwangerschaft. Diss. Freiburg 08.

Kalefeld, F., ü. d. Metreuryse, in der Geburtshilfe. Diss. Strassburg 06.

Kelly, How. Atwood, M. D., medical gynecology; with 163 il. for the most part by Max Broedel and A. Horn. New York 08, Appleton. cl. 6 doll

Lehrbuch, kurz, d. Gynäkologie, bearb. v. Proff. Dirr. DDR. Geh. Med.-Räten Bumm, Doederlein, Krönig, A. v. Rosthorn u. d. Hsg. Prof. Geh. Med.-Rat Dr. Otto Küstner. 3. neuüberarb. Aufl. Jena 08. G. Fischer. 9,00; gb. 10,50

Leo, F., statistische Untersuchgn. ü. Fieber i. Wochenbett. Diss. Jena 07.

Lewis, Dr. d. Störgn. d. Periode, ärztl. Ratgeber bei unreg., ganz ausgeblieb. oder z. starker monatl. Reinhg. (Menses, Menstruation. Periode.) 4. Aufl. Hamburg 08, W. Digel. 1,00

Maas, Hermine, die in d. Heidelberger Klinik v. 1903—06 beobacht. Fälle v. Amenorrhoe (nach aetiolog. Gesichtspunkt. zusammengestellt). Diss. Heidelberg 08.

Mehliß, M., ü. d. Berechtig. d. prophylaktischen Wendg. bei engem Becken, Diss. Göttingen 08.

Nekritsch, Feiga, z. Behandlg. d. Nabelschnurvorfalles. Diss. Berlin 08.

Pinard, prof. A., fonctionnement de la maison d'accouchement Baudelocque. Paris 08. Steinheil. 5,00

Queirel, Dr. leçons de clinique obstétricale. 3e série. Paris 08, Steinheil. 6,00

Rath, W., d. Lappendammplastik u. ihre Erfolge nach komplettem Dammriss. Diss. Göttingen 08.

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Aerzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg, Frauenarzt in Dresden.

Erscheint am dritten Freitag eines jeden Monats. — Vorausbezahlender Preis für das ganze Jahr 18 Mk. direkt unter Kreuzband 18 Mk 80 Pf., für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 20 Mk. für's Ausland einzelne Hefte 2 Mk. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

Heft 9 (273).

Leipzig, 18. September 1908.

XXIII. Jahrg.

Inhalt: Originalien: **Meinelus**, Ein gynäkologischer Universaloperations- und Untersuchungstisch. 386. — **Lederer**, Kasuistischer Beitrag zum subkutanen Emphysem bei der Geburt. 388. — **Freudenberg**, Die gonorrhoeische Infektion bei der Frau. 390. — **Referate über Frauenheilkunde: Scholtz**, Geschlechtskrankheiten und Ehe. 393. — **Graves**, Fistula between the fundus of the uterus and the upper portion of the intestine. 393. — **Duncan**, Value of Blood observations in gynecological cases. 394. — **Mc Kee**, The hymen: anatomically, medicolegally and historically considered. 394. — **Clarke**, Some experiences relative to the causation. 394. — **Calzolari**, La tubercolin-reazione come mezzo di diagnosi della tubercolosi genitale primitiva. 394. — **Constantinescu** und **Gomols**, Tuberkulose des inneren weiblichen Genitales. 395. — **Bodenstein**, Über Behandlung der Schlaflosigkeit. 396. — **Konrad**, Klinischer Beitrag zum Kampfe gegen den Gebärmutterkrebs. 396. — **Fromme**, Was leistet die zystoskopische Untersuchung zur Prognosestellung der abdominalen Krebsoperation? 397. — **Stellendall**, Über ein aus dem lateralen Teil des Ovariums hervorgegangenes Fibrosarkom. 398. — **Puppel**, Seltene Beobachtung eines Adenocarcinoma papillare et gelatinosum der weiblichen Urethra. 399. — **Severeanu** und **Jianu**, Versuche zur Behandlung der Neubildungen durch lymphatische Stase. 399. — **Vasilju**, Überzählige Brüste. 400. — **Vinay**, Hysterektomie mit totalem Beckenevidement wegen Zervixepitheliom. 400. — **Boussier**, Primärer Krebs der Urethra bei der Frau. 401. — **Mc Donald**, Die Zystitis bei der Frau und ihre Behandlung. 401. — **Cassini**, Santyl bei blennorrhagischer Urethritis. 402. — **Russel**, Der Pruritus vulvae. 404. — **Referate über Geburts- und Säuglingspflege: Quelrel**, Über die der Frau der arbeitenden Klasse vor und nach der Geburt zu gewährende Hilfe. 405. — **Ribemont-Dessaignes**, Über die soziale Rolle der Hebamme. 406. — **Campione**, Dell'influenza reciproca delle infiammazione pelviche e degli stati di puerperalia. 408. — **Sellhelm**, Das „Auge des Geburtshelfers“. 408. — **Martin**, Zur Bettruhe im Wochenbette. 409. — **Netter**, L'argent colloidal dans les maladies infectieuses. 410. — **Blain**, Über den Puls bei der Phlegmasia. 411. — **Blain**, Über den Puls bei schwangeren Frauen. 412. — **Davis**, Der Blutdruck bei der Eklampsie. 413. — **Immel**, Über gleichzeitige Schwangerschaft. 413. — **Popescu**, Querlage und Uterusruptur. 414. — **Horneman**, Ein Fall von Graviditas extrauterina. 414. — **Hofbauer** und **Weiss**, Photographische Registrierung der foetalen Herztöne. 414. — **Schottellus**, Diabetes mellitus. 414. — **Engelhorn**, Zur Behandlung der Eibauktion. 415. — **Der pathologische Aspekt der Erstgeburt.** 415. — **Holzbach**, Erworbene Ophthalmoblennorrhoe des Neugeborenen. 415. — **Ford**, Ophthalmia neonatorum. 416. — **Thurber**, The indications for and against. 417. — **Kerrison**, Adenectomy during acute middle-ear disease. 417. — **May**, Ocular symptoms. 417. — **Griffith**, Three cases illustrative of the occurrence. 418. — **Delcourt**, Austern und Typhus. 418. — **Perrin**, Plötzliche Mitralinsuffizienz. 418. — **Lemaire**, Unschädlichkeit der Ophthalmoreaktion. 418. — **Oakley Clock**, Tetanus neonatorum complicated by pneumonia. 418. — **Referate aus ärztlichen Gesellschaften.** 419. — **Praktische Mitteilungen und Notizen.** 425. — **Feuilleton: Mensinga**, Zur Frauenfrage. 426. — **Literatur.** 432.

[Aus der Privatklinik von Dr. F. Heinsius.]

Ein gynäkologischer Universaloperations- und Untersuchungstisch.

Von Dr. Fritz Heinsius, Frauenarzt in Schöneberg-Berlin.

Der derzeitige Stand der operativen Technik auf gynäkologischem Gebiete macht eine Umlagerung der Kranken während der Operation beim Übergang von abdominaler zu vaginaler Operation, bei kombinierten Operationen, bei denen eine Scheidenoperation und eine abdominale Operation in einer Sitzung gemacht werden müssen, erforderlich.

Während nun in grossen, reich bemittelten Anstalten, in denen das notwendige Personal in Hülle und Fülle vorhanden ist, es ein leichtes ist, die Kranke auf einen anderen Operationstisch zu lagern, begegnet dies in kleinen Privatkliniken oft scheinbar unüberwindlichen Schwierigkeiten. Wegen Raummangels lassen sich auch nicht mehrere Operationstische bereit halten. Das Umlagern der Kranken während der Operation und das Umherfahren der gewöhnlich gebräuchlichen Operationstische zwecks Umdrehens der Kranken gefährdet ausserdem die Asepsis, namentlich wenn das Personal nicht sehr gut geschult ist, in hohem Masse.

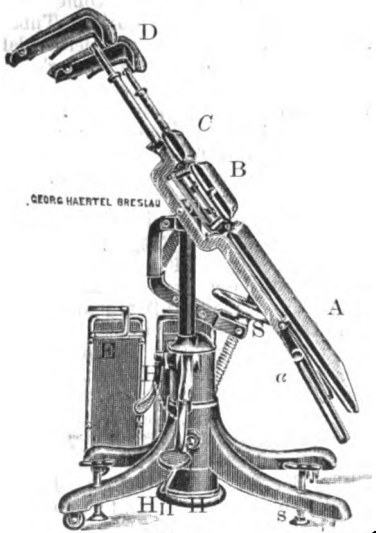


Fig. I.

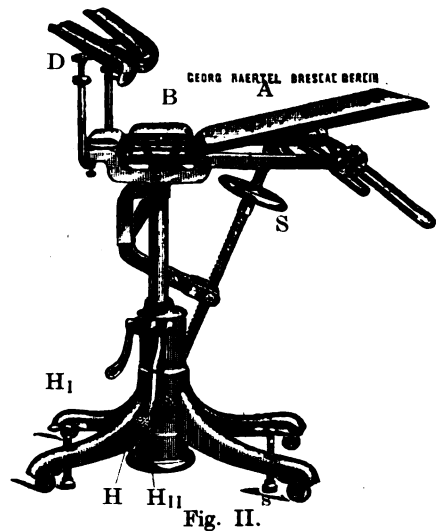


Fig. II.

Um nun diesen Missständen zu begegnen, habe ich für meine Zwecke einen Operationstisch herstellen lassen, der nach allen erforderlichen Richtungen leicht verstellbar und trotzdem leicht zu reinigen und zu desinfizieren ist. Dazu kam noch der Wunsch, diesen Tisch, da auch andere Herren in meiner Klinik nicht in das Gebiet der Gynäkologie gehörige Operationen ausführen, auch für diese nutzbar zu machen.

Erreicht wurde dies in einfacher Weise dadurch, dass ich an

dem bekannten Stas'schen, von Küstner verbesserten und in seinem Lehrbuch nach einer von mir hergestellten Photographie abgebildeten Operationstisch einige Modifikationen anbringen liess.

An die Platte dieses Tisches, die aus der Kopfplatte A, welche mit Hilfe der Schraube *a* leicht verstellbar ist, der herausziehbaren Mittelplatte B und der Gesässplatte C besteht, werden die in verschiedener Länge einzustellenden Beinhalter D befestigt. Mittels eines rechtwinklig ansetzenden vierkantigen Zapfens lassen sich diese Beinhalter zu beiden Seiten unterhalb der Gesässplatte einschieben.

Figur I stellt den Tisch mit eingefügten Beinhaltern dar, um eine Laparotomie machen zu können. In diesem Falle werden die im Knie rechtwinklig gebeugten Unterschenkel auf den Beinhaltern festgebunden, so dass die Kranke bei Beckenhochlagerung in diesen gewissermassen hängt (vgl. das Bild im Lehrbuch der Gynäkologie von Küstner S. 444).

Figur II stellt die Beinhalter so eingefügt dar, dass man die Kranke in Steinschnittlage lagern kann.

Um den Tisch für andere als gynäkologische Zwecke brauchbar zu machen, lassen sich an Stelle der Beinhalter Beinplatten (E) einfügen. Es entsteht so (Fig. III) ein genügend langer Operationstisch, auf dem bequem eine Person liegen kann.)*

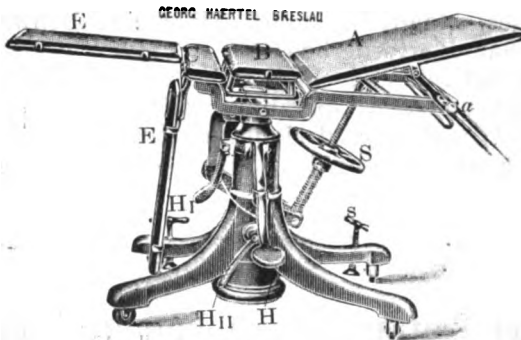


Fig. III.

Die ganze Tischplatte lässt sich durch eine Schraube ohne Ende (S), die der zu Häupten der Kranken sitzende Chloroformeur leicht handhaben kann, um eine horizontale Achse drehen, so dass nach Wunsch Beckenhoch-, Horizontal- oder Beckentieflagerung hergestellt werden kann.

Um nun einerseits die Kranke auch um eine Vertikale drehen zu können und die Höhe des Operationsfeldes verschieden einstellen zu können, liess ich den ganzen Tisch auf ein Ölpumpengestell setzen. 3 mit dem Fuss zu dirigierende Hebel H H₁ H₂ ermöglichen es, die Kranke ohne grosse Kraftentfaltung zu heben, zu senken und zu drehen. Der bequemerer Handhabung wegen ist überdies

*) Anmerk.: Auf der Abbildung ist, um den Mechanismus demonstrieren zu können, die eine Platte nach unten heruntergeklappt.

das Ölpumpengestell fahrbar gemacht und lässt sich durch eine Schraube s feststellen.

Schliesslich wurde durch Anbringen einiger Stifte es ermöglicht, die ursprünglich nur zum Anlegen eines Verbandes nach Laparotomien herausnehmbar konstruierte Platte B in verschiedenen Ebenen einzustellen und diesen Teil des Tisches dadurch zu erhöhen, so dass die Möglichkeit gegeben ist, auch Nierenoperationen ohne grosse Vorbereitung auf dem Tische auszuführen. Für Operateure, die des öfteren solche Operationen zu machen genötigt sind, lässt sich diese Platte leicht mit einer für diese Operation konstruierten vertauschen.

Schliesslich mag noch Erwähnung finden, dass sich noch eine Beckenstütze und ein Kystoskopstativ mit Leichtigkeit an dem Tische anbringen lässt.

Die ganze Veränderung des Tisches machte eine Änderung der ursprünglichen Masse erforderlich. Sie sind nach wiederholtem Probieren so festgelegt, dass sie für alle Möglichkeiten passend sind. Alle Ecken sind bei der Konstruktion des Tisches vermieden und die Schrauben und Platten so angebracht, dass dieselben leicht zu reinigen sind und dass sich event. ansammelndes Wasser leicht abfliessen kann.

Während die Bedienung der Schwester zur Verstellung des Tisches durch den Chloroformeur resp. den Operateur selbst mit Hilfe eines Fusses erfolgt, ist nur die Hilfe einer Schwester zum Umliegen der Beinhalter erforderlich.

Der Tisch hat mir und einer Reihe anderer Kollegen sehr gute Dienste geleistet und den Operationsbetrieb derart erleichtert, dass er nunmehr auf Grund einer dreijährigen Erfahrung als ausserordentlich brauchbar empfohlen werden kann. —



Kasuistischer Beitrag zum subkutanen Emphysem bei der Geburt.

Von Dr. Kamill Lederer, Wien und Vinica.

In Nr. 271 des „Frauenarzt“ teilt Dr. F r e u d e n b e r g einen kurzen Artikel aus einem amerikanischen Blatte mit: „Das Vorkommen von subkutanem Emphysem bei der Geburt“ von Dr. G. W. K o s m a k. Dieser Aufsatz veranlasst mich, einen selbsterlebten einschlägigen Fall an der gleichen Stelle mitzuteilen.

Gräfin M. B. S. in Op. (Kroatien), geboren 1859, entband ich das erstemal im August 1883 von einem kräftigen Knaben. Normale Geburt und Wochenbett; der Knabe starb aber 1886. Keine weitere Konzeption bis im Jahre 1894, wo ich Mitte Mai zu der gegen Ende des Monats zu erwartenden Niederkunft gerufen wurde. Die Bauchuntersuchung bestätigte die erwartete Zeit der Geburt.

Die Gräfin gab nun an, dass sie im März, wo sie wohl grossen Kummer hatte (Tod ihrer Mutter), blutige Urine gehabt hätte, jedoch in sehr geringen Mengen, dass sie aber, um ihren Mann nicht zu ängstigen, darüber geschwiegen habe. Als ich sie Mitte Mai sah, waren es grosse Mengen Urins, die abgingen, und die Analyse zeigte reichlich Eiweiss. Odeme waren keine vorhanden; die Gräfin klagte nur, dass sie schlecht sehe, dass Lesen und Arbeiten ihr beschwerlich falle. Am Auge konnte man nichts Pathologisches bemerken. Den 23. fuhr ich mit ihr spazieren und im Fahren sagte sie, alle Gegenstände hätten keine Konturen, wären wie verschwommen. Beim Nachtmahl goss sie sich Wasser ein, goss es neben das Glas und behauptete, die Lampe brenne schlecht. Ich musste sie alsbald ins Nebenzimmer führen, weil sie keine Gegenstände mehr unterscheiden konnte; sie legte sich aufs Ruhebett und da fingen leichte Wehen an. Sie schlummerte jedoch zeitweilig ein. Um 10 Uhr liess sie sich bestimmen, ins Bett zu gehen, da die Wehen häufiger und stärker wurden; das Sehvermögen aber war ganz erloschen. Zu Bett gebracht, schlief sie ein, die Wehen hatten im Bett aufgehört, so dass sie ruhig bis 3 Uhr schlief.

Um 3 Uhr wurden die Hebamme und ich gerufen, da sich kräftige Wehen einstellten. Gegen 7 Uhr erfolgte die Geburt eines ungewöhnlich kleinen, aber vollen, gut entwickelten Knaben, der seine Ankunft durch kräftige Stimme anzeigte. Nun zeigte es sich, dass die arme Mutter ganz blind sei und auch keine Lichtwahrnehmung hatte. Nach der Geburt normaler Abgang, ebenso die Zusammenziehung der Gebärmutter. Der erste Tag verlief ruhig mit Verlangen und Aufnahme von Nahrung und viel Schlaf, ebenso die erste Nacht. Beim Erwachen klagte sie, dass ihr Hals geschwollen sei, aber ihr keine Beschwerden mache, und sie nahm ihr Frühstück mit Lust ein.

Der Hals war unter der Haut aufgebläht, die Haut nicht ödematös und schmerzlos bei Berührung und eben lufthaltig, aber so ausgedehnt, dass man den Unterkiefer nur schwach fühlte. Da gar keine Beschwerden bestanden, hüllte ich ihn nur mit Watte ein; der Tag und die darauffolgende Nacht waren ruhig mit viel und auch anhaltendem Schlaf. Den dritten Tag nun war der Hals sehr viel weniger ausgedehnt und die Gräfin bemerkte, dass es schon Tag sein müsse. Wochenfunktion normal und weitere Abschwellung des Halses und Zunahme der Lichtempfindung. Abends war der Hals normal geworden. In dieser Nacht nun schlief sie wieder, nur klagte sie über Aufgetriebenheit des Bauches, der auch einen solchen Meteorismus zeigte, dass man keine Rippen und Darmbeine fühlen konnte, aber das Sehvermögen hatte so zugenommen, dass sie mich sah und nun auch ihr Kind sehen konnte. Lavement und Stuhl darauf und Einwicklung des Bauches mit Watte verminderten den Meteorismus und sie nahm Nahrung und leise Schwellung der Brustdrüsen trat ohne Fieberbewegung ein.

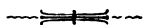
Der fünfte Tag verlief ruhig mit stetiger Zunahme des Sehvermögens und Abnahme des Meteorismus; den 6. Tag war der Bauch in der Frühe normal, so dass man den Stand der Rückbildung

der Gebärmutter feststellen konnte, der normal war. Zunahme des Sehens; Appetit und Wochenfluss normal.

Die Zunahme des Sehens und die weitere Rückbildung der Gebärmutter gestatteten, dass die Gräfin das Bett verlassen konnte und sich wohl fühlte. Urin-Analysen ergaben wohl noch reichlich Eiweiss, über die Augen aber gab es keine Klage mehr.

Erst nach einem Jahre klagte die Gräfin, dass im linken Auge im oberen Winkel eine Stelle sei, wo sie trüb sehe, aber eine kleine Stelle. Der Eiweissgehalt verminderte sich sehr, aber blieb und nach drei Jahren trat Nierenschrumpfung zu Tag, der die Gräfin im Juni 1897 erlag.

Ich gebe den Fall nach meinen Aufzeichnungen, ohne mich auf weitere Analysen einzulassen. Pro consilio hatte ich verschiedene der Herren Professoren aus Wien gerufen. —



Die gonorrhoeische Infektion bei der Frau.

Von Dr. J. Mc. Cann.

(The hospital, 9. November 1907, pag. 133.)

Deutsch von Dr. F r e u d e n b e r g - Dresden.

Diagnose.

Die Diagnose der akuten gonorrhoeischen Infektion stösst auf keine erheblichen Schwierigkeiten. Sie ist charakterisiert durch das plötzliche Auftreten von Schmerzen, empfindliches und häufiges Wasserlassen, durch Ödem der Labien, eine nichtglutinöse Absonderung, Schmerzen in den Leisten und im Hypogastrium. Das sind sichere Zeichen, die uns auf die Ätiologie hinleiten. Handelt es sich um eine jungverheiratete, vorher nicht behandelte Frau, die sich nun plötzlich über einen akuten Scheidenausfluss zu beklagen hat, so kann man dreist und ohne Zweifel die Diagnose auf Tripper stellen. Die Schwierigkeit wächst, wenn die Kranke schon mehrere Kinder gehabt hat. In solchen Fällen muss man vor Stellung der Diagnose die Lokalerscheinungen zu Hilfe nehmen. Man betrachte sorgfältig die Labia, die B a r t h o l i n ' schen Drüsen und deren Ausführungsgänge, welche sich dicht an der Aussenseite des Hymens öffnen. Alsdann findet man häufig, dass der Duktus von einer geröteten Zone umgeben ist, welche man als die „Macula gonorrhoeica“ bezeichnet hat, als den „Tripperfleck“. Dieses Vorkommnis ist ganz charakteristisch. Bisweilen besteht eine chronische glasige Absonderung aus diesem Duktus. Ist solche vorhanden, so kann man sicher sein, dass hier eine tripperöse Infektion vorliegt. Nachdem handelt es sich um die Untersuchung der Scheide. Besteht ein vaginaler Ausfluss, so ist es, zumal bei verheirateten Frauen, schwer, den Gonokokkus im Sekret zu entdecken, weil, wie angegeben wird, die Dicke des Scheidenepithels der Aktion des Gonokokkus widersteht. Das ist bis zu einem gewissen Grade richtig, aber es lässt

sich leicht feststellen, dass man den Gonokokkus im Scheidensekret kürzlich verheirateter Frauen findet, bei denen das Vaginalepithel zarter ist. Ein Gleiches gilt von der Absonderung aus der Scheide von Kindern und schwangeren Frauen. In den übrigen Fällen allerdings gelingt die Auffindung selten.

Man beobachtet eine ausgesprochene Kongestion der Wandung, der Vagina, eine dunkelrote Färbung mit Eiter an der Oberfläche. Die Absonderung ist eine dünnflüssige eitrige, nicht die glatinöse der Leucorrhoea simplex. Bisweilen ist die Oberfläche rauh und blutend. Bei der Untersuchung der Zervix empfiehlt es sich, von der Schleimhautfläche derselben etwas Sekret zu entnehmen und einer Prüfung zu unterwerfen. Am besten legt man über Nacht einen Watte-tampon ein, den man am Morgen entfernt, um Material für die Untersuchung zu gewinnen. Ein anderes wichtiges Diagnostikum besteht in der Anwesenheit einer Tubenbeteiligung. Steht man vor einem Falle von chronischem Scheidenfluor und gleichzeitiger doppelseitiger Tubenerkrankung, so ist meist der Gonokokkus die Ursache von beidem. Tuberkulöse Fälle bilden charakteristisch verlängerte Massen gegenüber der Bananenform bei einem Tripper, bei welchem die Appendizes beteiligt sind.

Wie greift nun die Gonorrhoe auf die Tuben über? Hauptgrund ist das Unterbleiben einer rechtzeitigen Behandlung. Aber abgesehen hiervon ist ein wichtiges Kausalmoment die Ausübung des Beischlafs während des Bestehens der Krankheit. Ein anderes liegt in einer Behandlung unter Einführung von Sonden oder ähnlichen Instrumenten (Wischern etc.) in den Uterus und ein drittes im Eintritt einer Schwangerschaft. Da sich dies so verhält, ist es der wichtigste Punkt, den Gonokokkus so rasch wie möglich zum Absterben zu bringen, und doch wie selten sehen wir, dass dies geschieht! Wenn die Patientin einen Tripper akquiriert, bleibt sie voraussichtlich während der ersten beiden Tage im akuten Stadium. Sobald dieses vorüber ist, versucht sie es mit Scheidenspülungen und überträgt so infektiöses Material auf den Uterus und mittelbar auf die Eileiter. Ich glaube, dass die Scheidenspülungen in einer grosse Zahl aller Fälle von Tubenerkrankungen infolge von Gonorrhoe die Veranlassung bilden, und dass die Personen, welche keine Eileiteraffektion akquirieren, gerade solche sind, die ohne Behandlung bleiben und den Tripper einfach „eintrocknen“ lassen.

Dies bestätigt, was ich mit Vorliebe von dem grossen Wert einer sofortigen Gonorrhoebehandlung sage. Niemals sollte die Kranke ein Dusch anwenden, obwohl die meisten Lehrbücher mehrfache solche über tags empfehlen. Es wird dadurch nur eine fortwährende Reinfektion und häufig der Eintritt von Uteruskoliken bewirkt. Bei der Tripperbehandlung sollte von Spülungen absolut abgesehen werden. Statt dessen sollte seitens des Arztes eine örtliche, auf die gesamte erkrankte Schleimhaut sich erstreckende Behandlung angewendet werden. Heisse Sitz- und sonstige Bäder sind zu vermeiden. Auch kann man nichts Unangebrachtereres tun, als solide Kaustika durch die Urethra hindurch zu führen. Solche führen oft Strikturen herbei, und doch ist dies keine seltene Tripper-

behandlung. Welches Verfahren man auch anwenden möge, so sollte man der Patientin, wenn man ihr auch nicht nutzt, doch wenigstens nicht schaden.

Kystitis kann gleichfalls Störungen herbeiführen und, wie häufig geschehend, chronisch werden. Je mehr ich von ihrer Behandlung sehe, desto stärker werde ich davon überzeugt, dass beim Auswaschen der Blase nur das rein mechanische Moment zur Geltung kommt. Ich spüle die Blase gewöhnlich nur mit abgekochtem Wasser aus. Zahlreiche antiseptische und bakterizide Mittel sind als Zusätze beliebt, werden oft in viel zu starker Dosis angewandt. Gute Resultate lassen sich mit Ausspülungen vermittels einer schwachen Borsäurelösung erzielen oder einfach mit abgekochtem Wasser. Seit kurzem haben wir auch innere Mittel als Blasenantiseptika zur Verfügung. Urotropin, Cystamin und Helmitol sind die drei besten. Bisweilen erweist sich Urotropin als unwirksam; alsdann versuche man Cystamin oder Helmitol, 0,3—0,4 pro dosi. —

Vulvitis und Katarrh des Ductus Bartholianus.

Eine chronische Schleimabsonderung aus diesem Duktus ist, wie schon oben bemerkt, häufiger zu beobachten. Gar nicht selten trifft man übelberatene Patientinnen an, die drei oder gar vier mal täglich eine Ausspülung machen, obwohl die Ursprungsstelle der Absonderung der Ductus Barthol. ist. Die beste Behandlung dieses Vorkommnisses besteht in der Schlitzung des Duktus mit einem dazu geeigneten Messerchen, wenn anders die Sache ihre rasche Erledigung finden soll. Sitzt die Abszessbildung in den Ausstossungsgängen oder den Drüsen selbst, so sei man dessen eingedenk, dass keineswegs alle diese Fälle gonorrhöischer Natur sind, wiewohl die Lehrbücher dies behaupten. Manche Fälle derart beruhen auf einer Verletzung der Mündung des Ausführungsganges oder auf einer septischen Invasion durch Staphylokokken oder Streptokokken. Eine gewisse Anzahl freilich sind tripperöser Herkunft, und diese brechen bisweilen auf, verschwären und bilden in den Labien Vertiefungen von verschiedener Form. Hier empfehlen sich Skarifikationen und bei Abszessen ausgiebige Spaltungen (keine leichten Inzisionen) mit nachfolgender Gazepackung bis zur Verheilung. Gelegentlich allerdings kommt es nach einer Spontanentleerung zu Heilungen binnen weniger Tage. Bei Abszessen der Barth. Drüse nehme man Bedacht auf eine Vermeidung von Infektion der gegenüberliegenden Seite. Ein anderer, den Praktiker interessierender Punkt ist die Behandlung der gonorrhöischen Warzen. Diese sind manchmal von Knospenform, und das beste Verfahren besteht in der Abtragung derselben mit der Schere und der Anätzung der Wundfläche mit Salpetersäure oder dem Glühstifte. Bepuderungen oder Waschungen mit verschiedenen empfohlenen Mitteln sind unnütz. — (Schluss folgt.)



Referate über Frauenheilkunde.

Geschlechtskrankheiten und Ehe. Von Dr. Scholtz. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.

In den höheren Ständen wird nach einer Zusammenstellung von Fournier die Syphilis unter 100 Fällen nur 13 mal von der Frau in die Ehe gebracht. Ähnlich ist es mit der Gonorrhöe. Die ersten 3 Jahre der Syphilis sind bezüglich der Infektionsgefahr die gefährlichsten, aber erst etwa 5 Jahre nach der Infektion wird die Möglichkeit der Übertragung wirklich gering. Wird die Frau von dem Manne mit Lues angesteckt, so ist es für den Verlauf derselben gleichgültig, ob sich der Mann erst vor einem oder schon vor zehn Jahren infiziert hat, und ob bei ihm die Erkrankung gut- oder böseartig verlaufen ist. Es gibt allerdings von dieser Regel hin und wieder Ausnahmen, wo eine gewisse Ähnlichkeit im Verlaufe der Syphilis der Frau mit der des Mannes zu beobachten ist. Vergleicht man die rein paterne Vererbung mit der rein maternen, so scheint es, als ob es im ersteren Falle viel häufiger zu allgemeiner Schädigung der Kinder bzw. der Früchte, also zu Abort, Frühgeburt, Kachexie und Tod ohne floride Erscheinungen kommt, als im zweiten bei rein mütterlicher Vererbung.

Bei der dann folgenden Besprechung des Einflusses der Gonorrhöe auf die Ehe möchte Verf. sich nicht den optimistischen Auffassungen Erb's anschließen, wofür er verschiedene Gründe anführt. Das Hauptunglück durch die Gonorrhöe wird in der Ehe bei den niederen Ständen verursacht, weil hier die Männer durch Gleichgültigkeit oder Unkenntnis weniger darauf bedacht sind, sich ihre Gonorrhöe ausheilen zu lassen. In bezug auf den Verlauf der Gonorrhöe bei der Frau ist es gleichgültig, wie der Verlauf derselben bei dem Manne war.

Was die Erlaubnis zum Eingehen einer Ehe betrifft, so steht Verf. auf dem Standpunkte, dass selbst dann, wenn die syphilitische Infektion länger als 5 Jahre zurückliegt, gefordert werden muss, dass im letzten Jahre keine sekundären Erscheinungen mehr aufgetreten sind. Bei frischerer Lues muss eine noch längere symptomlose Zeit verlangt werden. In bezug auf die Gonorrhöe muss bei der Erlaubnis zur Heirat der bakteriologische Befund schliesslich immer den Ausschlag geben. Die Frage ist allerdings die, ob es möglich ist, unter der grossen Masse chronischer Urethritiden die geringe Anzahl wirklicher chronischer Gonorrhöen auf Grund bakteriologischer Untersuchungen mit genügender Sicherheit herauszufinden, so dass daraufhin die Entscheidung bezüglich der Ehe getroffen werden kann. — Weisswange - Dresden.

Fistula between the fundus of the uterus and the upper portion of the intestine. Operation; cure. Von Graves, W. P. (Boston). The amer. journ. of obstetr. March 08.

Graves beschreibt einen Fall, in dem durch ungeschickte

Zungenanlegung der Fundus uteri perforiert war; an dieser Stelle hatte sich das obere Ende des Dünndarmes angelegt und es war eine Darm-Uterusfistei entstanden. Laparotomie, Darmnaht, Heilung.
B u r c k h a r d - Würzburg.

Value of Blood observations in gynecological cases. Von D u n c a n , H. A. (Philadelphia). The amer. journ. of obstetr. March 08.

D u n c a n betont die Wichtigkeit der Blutuntersuchung bei gynäkologischen Erkrankungen neben einer genauen Untersuchung und Aufnahme der Anamnese. Besonders wertvoll ist in manchen Fällen die Feststellung der Zahl der Leukozyten, des Hämoglobingehaltes und die Gerinnungszeit des Blutes. —

B u r c k h a r d - Würzburg.

The hymen: anatomically, medicolegally and historically considered. Von M c K e e , E. S. (Cincinnati). The amer. journ. of obstetr. March 08.

M c K e e bringt eine anatomische, gerichtsärztliche und historische Studie über den Hymen, seine Formen, seine Entwicklung usw., die sich nicht zu kurzem Referat eignet. —

B u r c k h a r d - Würzburg.

Some experiences relative to the causation and treatment of certain formes of metrorrhagia. Von C l a r k e , A. P. (Cambridge, Mass.). The amer. journ. of obstetr. March 08.

C l a r k e bespricht die verschiedenen Formen der Metrorrhagien; zur Behandlung der aus denselben entstehenden Anämien empfiehlt er Rektaleinläufe mit Eisen. Bei der Behandlung der Endometritis ist vor allen Dingen von Wichtigkeit eine Behandlung des Allgemeinbefindens, lokal wendet er Opium, ev. mit Belladonna an, von der Vaporisation hat er Nutzen gesehen. Ist die Hämorrhagie durch eine Bluterkrankung (Hydrämie) bedingt, so muss selbstverständlich das Grundleiden behandelt werden. —

B u r c k h a r d - Würzburg.

La tubercolin-reazione come mezzo di diagnosi della tubercolosi genitale primitiva. Von Dr. M. C a l z o l a r i , Assistent der geburtshilflichen Klinik an der Universität Ferrara. Archivio di ostetricia e ginecologia, Januar 1908.

C a l z o l a r i berichtet über eine 39 jährige Frau, die 8 mal normal entbunden, zwei Aborte gehabt hat. Im Anschluss an die letzte Entbindung traten profuse Blutungen auf. Die in der Klinik vorgenommene Ausschabung des Uterus ergab Eihautreste. Nachdem die Frau sich einen Monat ganz wohl befunden, fand sie sich wieder in der Klinik ein, klagte über heftige Schmerzen im Unterleib und häufigen unregelmässigen Blutverlust. Die Laparotomie ergab Adnextuberkulose. Entfernung der Adnexe führte zur Heilung.

Da bei der Patientin weder hereditär noch durch objektive

Untersuchung anderweitige Tuberkulose festzustellen war, so wurde die Tuberkulose in diesem Falle für eine ascendierende, also primäre Genitaltuberkulose erklärt und diese Diagnose durch eine später ausgeführte Ophthalmoreaktion mit negativem Ausfall erhärtet. Die Tuberkelbazillen waren mit grösster Wahrscheinlichkeit durch den Koitus vom Gatten übertragen, der in früheren Jahren an einer unklaren Erkrankung des Bauchfelles und an einer spina ventosa-artigen Erkrankung darnieder gelegen hatte, sich aber später, abgesehen von der Steifigkeit des betreff. Fingers, für ganz gesund hielt. —

K r a u s s - Ansbach.

Tuberkulose des inneren weiblichen Genitales. Von Dr. C. Constantinescu und Dr. V. Gomoiu. Spitalul, No. 4, 1908.

Die Tuberkulose der inneren weiblichen Genitalorgane wird relativ selten diagnostiziert, obwohl dieselbe anscheinend eine ziemlich häufige Erkrankung ist. Eine frühzeitige Diagnose ist aber in therapeutischer Beziehung von Wichtigkeit, trotzdem auch in vorgeschrittenen Fällen durch einen chirurgischen Eingriff gute Resultate erzielt werden können, wie der von den Verfassern angeführte Fall beweist.

Es handelte sich um eine 25 jährige, früher gesund gewesene Nullipara, die aber von seiten beider Eltern mit Tuberkulose hereditär belastet war. Die Krankheit war etwa 6 Wochen vor dem Eintritte ins Krankenhaus in die Erscheinung getreten und zwar mit einer zweiwöchigen Verspätung der Menses, die dann sehr reichlich und begleitet von starken Schmerzen auftraten. Es entwickelte sich eine mandarinengrosse Geschwulst in der rechten Bauchseite, mit hauptsächlich Schmerzhaftigkeit bei Bewegung und Druck; auch das Harnlassen war schmerzhaft. Unter der eingeleiteten Lokalbehandlung gingen die Schmerzen etwas zurück, um dann wieder mit erneuter Heftigkeit aufzutreten. Gleichzeitig bestand ein eitriges Ausfluss aus der Gebärmutter. Die bimanuelle Untersuchung ergab hauptsächlich das Vorhandensein einer grossen, die ganze linke Beckenseite einnehmenden Geschwulst, welche auch in die Vagina sich bedeutend vorwölbte. Es wurde bei der Laparotomie ein Konglomerat von grösseren und kleineren, die Gebärmutter umgebenden Tumoren, von denen die meisten mit einer eitrigem Flüssigkeit gefüllt waren, gefunden. Es bestanden zahlreiche Verwachsungen mit den umgebenden Organen und dem Netze, und war die Lösung eine sehr mühselige. Von vielen dieser Abszesse ergoss sich der Inhalt in die Bauchhöhle. Beide Tuben waren verdickt und eitrig infiltriert. Die Ovarien konnten nicht aufgefunden werden, da dieselben wahrscheinlich in den beschriebenen Tumoren untergegangen waren.

Nach vorgenommener totaler Hysterektomie und Präparierung aller Geschwülste, wurde per vaginam dräniert, und konnte die Kranke nach einem Monate geheilt entlassen werden. —

E. T o f f - Braila.

Über Behandlung der Schlaflosigkeit. Von Dr. B o d e n - s t e i n, Selzthal, Steiermark. Heilmittel-Revue No. 6, 1908.

Der Verf. weist ganz besonders auf die einschläfernde (schlafanregende) Wirkung des Bromurals hin, die im Gegensatz steht zur schlafmachenden der sonstigen Arzneimittel. Er vergleicht diese verschiedenartige Wirkungsweise mit der Beschwichtigung eines Aufgeregten durch beruhigendes Zureden, kühle Kopfschläge und dergl. einerseits, oder andererseits durch Applikation einer Morphiuminjektion.

Das Bromural wirkt nur schlafanregend, es fördert also die physiologische Funktion des Schlafes.

Es wurde angewandt bei Hysterie mit Exzitationszuständen und Dysmenorrhöe, bei Alkoholismus, Neurasthenie, Herzneurosen und bei Schlaflosigkeit infolge von Tuberkulose. In letzterem Falle wurde die nächtliche Schweisssekretion sehr herabgesetzt. Bei Gonorrhöe mit nächtlichen Erektionen und Pollutionen werden diese durch Bromural erheblich vermindert. Ferner kam B. zur Verwertung in der Kinderpraxis bei nächtlicher Unruhe, bei Konvulsionen, Dentitionsbeschwerden und auch bei Epilepsie. In letzterem Falle zeigte sich das Bromural als gutes Ersatzmittel der Bromide, so dass in der Verabreichung der Bromalkalien grössere Intervalle eintreten konnten.

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Bromural ist ein völlig unschädliches, in leichten und mittelschweren Fällen in erster Linie anzuwendendes, gut und sicher wirkendes Beruhigungs- und Schlafmittel, welches einen dem natürlichen ähnlichen, erquickenden, traumlosen Schlaf in der Dauer von 3—6 Stunden und darüber, hervorruft und frei von toxischen Konsequenzen, wie von Neben- und Nachwirkungen, von Gewöhnungsgefahr und kumulativer Wirkung ist.

2. Bromural wirkt schlafanregend, d. h. es fördert die physiologische Funktion des Schlafes und sticht durch den völligen Mangel einer narkotischen Wirkung vorteilhaftest von den übrigen Schlafmitteln ab.

3. Bromural kann daher Erwachsenen und Kindern in allen Fällen unbedenklich gegeben werden, soll als Hypnotikum überall bei Schlafstörungen in erster Linie in Anwendung kommen, ehe man zu den narkotisch wirkenden übrigen Schlafmitteln seine Zuflucht nimmt, deren Gebrauch besonders in schweren Fällen nicht immer zu umgehen sein wird, doch im allgemeinen künftig eine erhebliche Einschränkung erfahren dürfte.

R.

Klinischer Beitrag zum Kampfe gegen den Gebärmutterkrebs. Von E. K o n r a d. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn. 1908.

Verf. berichtet über die Fälle von Gebärmutterkrebs, die in der Klausenburger Universitäts-Frauen-Klinik zur Behandlung kamen. Es handelte sich hierbei um 544 Pat. in der Zeit vom 1. Januar 1894 bis 31. Dezember 1904. Was das Lebensalter dieser Kranken betrifft, so war die jüngste Pat. 20 Jahre und die älteste 72 Jahre.

Zumeist standen die Frauen im 40.—50. Lebensjahre. Bei diesen Uteruskrebskranken trat die Menstruation in überwiegender Mehrzahl in den für Ungarn den gewöhnlichen Zeitpunkt der Pubertät bildenden Jahren (14—16) auf, und bot auch betreffs der Dauer keine Abweichung von der Norm. Nach den Krankengeschichten der Fälle scheint der Abort keine zum Uteruskrebs disponierende Ursache darzustellen. In 50 % der Fälle meldeten sich die Kranken erst 6 Monate nach dem Erscheinen der ersten Symptome zur Aufnahme und in 76 % der Fälle bildeten die Schmerzen die Ursache, welche die Kranken zur Klinik führten. Nach den Beobachtungen des Verf.'s vergehen durchschnittlich erst $1\frac{1}{2}$ Jahre, bis die Erkrankung diagnostiziert wird.

Als Primäraffekt kam am öftesten die ulzerative Form zur Beobachtung, am seltensten wurden Korpuskarzinome und zentrale Zervixkarzinome gesehen. Über Erfolge mit der Freund-Wertheim'schen Radikaloperation kann Verf. noch nicht berichten, da bis vor kurzem die Operationen immer per vaginam ausgeführt wurden. Das Klemmverfahren wurde bei der Operation nie verwendet. Im ganzen kam einmal eine Ureterunterbindung vor, und zwar doppelseitig, die auch zugleich den einzigen Fall darstellt, der letal endigte. Sonstige Nebenverletzungen kamen nicht vor. Die primäre Mortalität betrug 4,17 %.

Von den Operierten rezidierten im ganzen 6. Die absolute Heilungsziffer betrug nach Winter 3,54 %. Auf die sonstigen Einzelheiten der Arbeit kann hier nicht eingegangen werden, da sie der Hauptsache nach in Tabellen usw. dargestellt sind; es muss auf das Original verwiesen werden. Zum Schluss berichtet Verf. dann noch über die palliative Behandlung, wie sie in Klausenburg geübt wird, und über die Erfolge, die damit erzielt wurden. Die durchschnittliche Lebensdauer der nicht operierten, aber palliativ behandelten Fälle betrug $1\frac{3}{4}$ Jahr; eine verhältnismässig sehr hohe Zahl. Den Grund hierfür findet Verf. in der wiederholten gründlichen Kauterisation mit dem Paquélin und auch in der grundsätzlich vorgenommenen Chlorzinkätzung der karzinomatösen Partien. —

Weisswange - Dresden.

Was leistet die zystoskopische Untersuchung zur Prognosestellung der abdominalen Krebsoperation? Von F.

Fromme. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1908.

Verf. berichtet über 110 Fälle von abdominal operierten Zervix- und Portiokrebsen, bei denen eine zystoskopische Untersuchung der Blase vorgenommen worden war. Genaue kombinierte Untersuchung per vaginam et rectum, Bewertung des Allgemeinzustandes und des Allgemeinstatus der Frau zusammen mit dem zystoskopischen Befund und der Untersuchung der Nieren geben erst das Bild, aus dem man die Operabilität, die Prognose der Operation lesen kann. Bei 65 Kranken konnte eine wesentliche Änderung des Blasenbildes nicht entdeckt werden. In allen diesen Fällen ergab sich eine Schwierigkeit bei der Ablösung der Blase nicht, und die Ureteren wurden nicht dilatiert gefunden. Hieraus folgt, dass bei normalem

Blasenbilde die Ablösung der Blase leicht sein wird. Vorwölbungen oder Verziehungen des Trigonums nach einer Seite hin sind nicht als Zeichen für eine Annäherung des Karzinoms an die Blase, für eine Abplattung oder Kompression des utero-vaginalen Zwischengewebes allein zu verwerten, sondern es müssen noch andere Momente hinzukommen. In 15 Fällen fand sich Blasenwandödem; in diesen Fällen gestaltete sich die Ablösung der Blase äusserst schwierig.

In den Fällen, wo der Ureter schon von Karzinommassen umgeben ist, sitzt die Uretermündung auf einem erhabenen, weisslich-ödematösen Berge, während bei beginnendem Prozess ihr Sitz mehr auf einem flachen Hügel liegt, der mit fein verzweigten, in matter Schleimhaut sitzenden kleinen und kleinsten Blutgefässen reichlich bedeckt ist. Handelt es sich somit um einen ödematösen Ureterwulst, so wird sich die Operation zumeist in bezug auf Präparation des Ureters sehr schwer, wenn nicht unmöglich erweisen. Also Blasenwandödem, bulböses Ödem und Ödem des Ureterwulstes machen die Prognose der Operation zu einer zweifelhaften. —

Weisswange - Dresden.

Über ein aus dem lateralen Teil des Ovariums hervorgegangenes Fibrosarkom. Von Stellendall. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1908.

59jährige Nullipara merkt seit einiger Zeit, dass ihr Leib stark zugenommen hat. Bei der Untersuchung zeigt es sich, dass der Umfang desselben 126 cm beträgt. Die untere Hälfte desselben ist ausgefüllt von einem bretharten, höckerigen Tumor, der mässig verschieblich ist und aus dem kleinen Becken heraussteigt. Bei der vorgenommenen Laparotomie erweist er sich mit den umliegenden Organen stark verwachsen; ausserdem besteht eine straffe Verbindung mit dem lateralen Teil des rechten Ovariums, das in ganzer Ausdehnung erhalten scheint. Der Tumor wird entfernt, indem die Absetzung desselben innerhalb der Substanz des rechten Ovariums erfolgt. Das linke Ovarium ist gut erhalten und weist keine pathologischen Veränderungen auf. Der exstirpierte Tumor hat ein Gewicht von 3 Kilogramm und ist allseitig von einer Kapsel eingeschlossen, nirgends wird seine Oberfläche von Tumormassen durchbrochen.

Die mikroskopische Untersuchung desselben ergibt, dass es sich um ein Fibrosarkom handelte. Was die Beziehungen des Tumors zum Ovarium betrifft, so ergab sich aus der mikroskopischen Untersuchung, dass die Serosa und die Tunica albuginea des Ovariums an dem Scheitel des rechten Winkels, in dem Tumor und Ovarium zusammentreffen, ohne Unterbrechung über den Tumor hinwegziehen, dass also beide eine gemeinsame Kapsel haben, dass ferner in derjenigen Ebene, in der der Ovarialrest dem Tumor aufsitzt, keinerlei Membran auch nur andeutungsweise zu erkennen ist, welche Tumor von Ovarium scheidet, und dass schliesslich ein diffuser Übergang der Rindensubstanz in die Tumormasse in der Gegend des Scheitelpunktes des Winkels, wo Tumor und Ovarium sich vereinigen, in einzelnen Präparaten zu erkennen ist.

Es muss somit gefolgert werden, dass der Tumor, da der übrige Teil des Ovariums, soweit er sich medianwärts erstreckt, sich von dem Tumor abheben und trennen lässt, aus dem lateralen Teil des Ovariums, und zwar dem bindegewebigen Teil der Rindensubstanz, hervorgegangen ist. —
Weisswange - Dresden.

Seltene Beobachtung eines Adenocarcinoma papillare et gelatinosum der weiblichen Urethra. Von R. Puppel.
Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1908.

45 jährige Frau bemerkt seit längerer Zeit eine gestielte Geschwulst, welche aus den Genitalien heraushängt und immer grösser geworden ist. Sie hat sich des öfteren Teile von derselben abgekratzt, trotzdem ist sie immer wieder gewachsen. Zurzeit ragt aus der Vulva ein hühnereigrosser Tumor heraus, von unebener, blumenkohlartiger Beschaffenheit und braunrötlicher Farbe. Die Konsistenz ist weich, die Oberfläche an den schmierig belegten Stellen leicht blutend. Bei genauerer Untersuchung lässt sich feststellen, dass der Tumor sich breitblasig in die Gegend der Urethra und der unteren Partie der vorderen Scheidenwand hinter der Symphyse fortsetzt und nur in geringem Grade mobil ist. Er wird durch Operation entfernt und erweist sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein primäres Adenocarcinoma papillare et gelatinosum der Urethra. Es liess sich deutlich ein Zusammenhang zwischen dem Epithel der Harnröhre sowohl wie mit dem der Urethraldrüsen feststellen. Auf die Malignität des Tumors weisen die vielen verschiedenartigen Kernteilungen, ein ganz verschieden hoher Epithelbesatz und schliesslich ein Vorwuchern der Epithelmassen in die Tiefe gegen die benachbarten Gewebe und Ausbreitung in den Lymphgefässen hin.

Besonders in der Tiefe des Tumors besteht eine schleimige Degeneration sowohl des Parenchyms wie des Stromas.

Was die Ätiologie der Geschwulst betrifft, so glaubt Verf., dass zuerst ein drüsenhaltiger, papillärer Polyp bestand, der lang gestielt aus der Urethra heraushing. Durch andauernde, hochgradige Reizung von seiten der Kleidung, beim Koitus, durch das Abkratzen usw. wurde das anfängliche papilläre Adenom zu einem Adenokarzinom, das von der Basis des Tumors auf die übrige Urethral-schleimhaut übergriff, die ihrerseits wieder durch Polypenbildung auf den Reiz des Tumors reagierte. So kam schliesslich die Urethra mitten in das Tumorgewebe zu liegen. —

Weisswange - Dresden.

Versuche zur Behandlung der Neubildungen durch lymphatische Stase: die Ligatur des Bogens des Ductus thoracicus und die Ligatur der Pecquet'schen Zisterne. Von Dr. C. Severeanu und Dr. Joan Jianu (Bukarest). Revista de chirurgie, Juni 1908.

Die Verff. haben die Ligatur des Ductus thoracicus, an jener Stelle, wo derselbe sich in die Vena subclavia ergiesst, vorgenommen und hierdurch in sehr günstiger Weise die Schmerzen, welche ein grosses, nicht operables Sarkom der Bauchhöhle bewirkte, beeinflusst.

Auch das Allgemeinbefinden und der Appetit besserten sich. In drei Fällen von inoperablem Karzinom des Gebärmutterhalses wurde die beiderseitige Unterbindung der Arteriae hypogastricae und der P e c q u e t'schen Cisterna chyli gemacht, und war der Erfolg der, dass die Sekretion, die Blutung und Fötidität auffallend abnahmen, resp. ganz verschwanden. Der Allgemeinzustand wurde ebenfalls besser und die Kranken verloren ihr kachektisches Aussehen.

S e v e r e a n u und J i a n u nahmen sich vor, in Zukunft in Fällen von nicht operablen Gebärmutterkrebsen nur die Cisterna chyli und nicht auch die hypogastrischen Arterien zu unterbinden, um den Einfluss der reinen lymphatischen Stase auf das Neugebilde zu studieren. — E. T o f f - Braila.

Überzählige Brüste. Von Dr. C. V a s i l i u. Spitalul, No. 11, 1908.

Man fand bei der betreffenden 22 jährigen Primipara ausser den beiden normalen Brüsten noch zwei überzählige in der Axillarlinie beiderseits, etwa mandarinengross, die aus einer zentral gelegenen Öffnung auf Druck Milch entleerten. Die Durchmesser derselben waren: rechts 8 : 4 cm und links 7 : 7 cm; die bedeckende Haut weiss, dünn und glatt, während man in der Tiefe ein dichtes und hartes Gewebe fühlte. Die Umgebung der zentralen Öffnungen war pigmentiert; kurz, über die Natur dieser supplementären Drüsen konnte gar kein Zweifel bestehen. — E. T o f f - Braila.

Hysterektomie mit totalem Beckenevidement wegen Zervix-epitheliom; Heilung. Von Dr. V i n n a y. La Loire médical. 15. April 1908. Bespr. Revue de théér. med.-chir. No. 10, 15. Mai 1908, pag. 366.

Es handelte sich um eine Frau von 48 Jahren, die 6 Schwangerschaften hinter sich hatte und ein umfangreiches, ulzerierendes Kollum mit Infiltrationen des rechten seitlichen Scheidengewölbes bis zur Beckenwand darbot. Trotzdem war die Gebärmutter beweglich und die Kachexie noch nicht allzuweit vorangeschritten.

Der Verf. setzte ein totales Beckenevidement. Operativ ist die Kranke zurzeit geheilt.

Nach dem Verf. ist die Beteiligung des Scheidengewölbes, selbst eine ausgedehnte solche, keine Gegenanzeige gegen die Operation. Die vorherige Aufsuchung der Ureteren, die bei dem W e r t h e i m'schen Verfahren wesentlich ist, erlaubt eine sehr umfangreiche Ausräumung. Selbst durch das Befallensein der Rekto-Vaginal-Wand wird die radikale Intervention nicht kontraindiziert, denn man hat bisweilen erfolgreich die Resektion des Mastdarmes ausgeführt. Nur ein starkes Übergreifen auf den Fundus der Blase und der Ureteren bildet eine unüberwindliche Schwierigkeit.

Der Verf. hat die Gewohnheit, in denjenigen Fällen, welche an den Grenzen der Operabilität liegen, erst dann eine Entscheidung zu treffen, wenn er vorher eine kystoskopische Untersuchung vorgenommen hat. Er operiert, wenn die Schleimhaut des Blasengrundes

gesund ist; er steht davon ab, wenn diese nur ein wenig kongestionierte, infiltriert oder ödematös ist.

Derartig eingreifende Ausräumungsoperationen bedingen eine Mortalität von etwa 50 %. Die entfernteren Resultate sind bisweilen ziemlich ermutigend. Trotzdem muss man, um abschliessend über den Wert des Wertheim'schen Verfahrens urteilen zu können, noch weitere schon in Bearbeitung begriffene Statistiken abwarten. —

Freudenberg - Dresden.

Primärer Krebs der Urethra bei der Frau. Von Dr. A. Boussier, Journal de méd. de Bordeaux, 8. März 1908. Besprochen Revue théér. de méd.-chir. No. 10, 15. Mai 1908, pag. 355.

Der Verf. berichtet über 2 Fälle von Epitheliom der weiblichen Harnröhrenschleimhaut, bei denen er mit Erfolg die Abtragung bewirkt hat.

Nach einer den Meatus und die Geschwulst umschreibenden Inzision wurde letztere mit einer Hakenpinzette vorgezogen, exziiert und die Urethra oberhalb derselben abgeschnitten. Der Wundrand der Urethra wurde alsdann mit der Mukosa der Scheide und der Unterklitorisgegend vernäht. Nur eine der beiden Operierten hatte in der Folge an einer teilweisen Inkontinenz zu leiden, trotzdem auch bei ihr der Blasenhalshalbeteiligt geblieben war.

Der primäre Krebs der Urethra bei der Frau äussert sich gewöhnlich frühzeitig durch Harnstörungen und Beschwerden beim Wasserlassen, Pollakiurie und alsbald auftretende schmerzhafte vollständige Harnverhaltung, Schmerz beim Beischlaf etc. In Bezug auf die operativen Indikationen gilt es als Forderung, solange die Urethra allein befallen ist, die Harnröhrenschleimhaut oder die Mukosa der Harnblase mit der Scheidenschleimhaut zu vernähen, um einen Meatus wiederherzustellen. Ist die Blase in Mitleidenschaft gezogen, so wird man sich auf ein einfaches palliatives Verfahren beschränken. Die Cystotomia subpubica dürfte nur in Fällen einer unüberwindlichen Obstruktion gerechtfertigt sein.

(Der Referent erinnert daran, dass auch der Dresdener Spezialarzt Dr. Keydel sich gegenüber den Erfolgen von Operationen an der Blase bei Krebs sehr skeptisch ausgesprochen hat.) —

Freudenberg - Dresden.

Die Zystitis bei der Frau und ihre Behandlung. Von Dr. Ellice Mc. Donald. Medical record, bespr. Revue de théér. méd. chir. No. 7, 1. April 1908, pag. 246.

Die Behandlung der infolge von gynäkologischen Affektionen sich entwickelnden Zystitis besteht zunächst in Blasenausspülungen, die am vorteilhaftesten mit einer Lösung von doppeltkohlensaurem Natrium ausgeführt werden, da dieses besser den Schleim, den Eiter und die albuminoiden Substanzen löst, als die allgemein angewandte Borsäure.

Zahlreiche antiseptische Lösungen hat man versuchsweise benutzt, um festzustellen, wobei sich der grösste Nutzeffekt und der

geringste Schaden ergebe. Bei der tuberkulösen Zystitis hat eine 5 prozentige Karbollösung unter 12 Fällen nur 1 gutes Resultat ergeben; in allen andern trat eine Verschlimmerung ein.

Chinin ist ein adstringierendes und wenig irritierendes Antiseptikum, welches ohne Gefahr in der Blase verbleiben kann. Verf. wandte das doppelschwefelsaure Chinin in der Dosis von 3 Gramm auf den halben Liter an. Diese Lösung hat sehr gute Ergebnisse gezeitigt. Von Silbernitrat hat man als zu reizend Abstand nehmen müssen. Die kolloiden Silberpräparate erweisen sich beim Vorhandensein von albuminoiden Materien als unwirksam. Das Protargal bietet unter allen ähnlichen Substanzen noch die grösste Wirksamkeit, ohne dabei in erheblichem Masse zu reizen. Lösungen von 5 % hat man zu lokalen Anwendungen gebraucht, desgleichen als Einspritzung bei der chronischen Zystitis.

Bei der akuten purulenten Zystitis hat man zum ozonisierten Wasser, sei es zugleich mit Kollargol, sei es mit Protargol, seine Zuflucht genommen. Unmittelbar danach wurde alsdann die Blase mit einer Lösung von doppelschwefelsaurem Chinin ausgespült. Diese Behandlung schickt sich sehr gut für die Zystitis der Frau, bei der des Mannes dagegen rät der Verf. davon ab.

Behufs direkter Betupfungen von Ulzerationen und entzündeten Stellen bedient man sich einer Protargollösung, die man vermittels eines Wattebäuschchens aufträgt, nachdem man zuvor spektroskopisch genau die betreffende Lokalisation festgestellt hat.

Bei Fällen von akuter Zystitis und wo die Behandlung eine energische gewesen ist, empfehlen sich beruhigende Applikationen. So wird nicht ohne Erfolg Olivenöl angewandt; das nützlichste Präparat aber ist eine schleimige Flüssigkeit, hergestellt aus 45 Gramm isländischem Moos und 1500 cc. destillierten Wassers, welche Mischung man 10—15 Minuten kocht und dann durch Gaze filtriert. Für die Blasenbehandlung ist es noch erforderlich, diese Flüssigkeit zu verdünnen, ehe man sie einspritzt.

Bisweilen ist es angezeigt, zu inneren Mitteln seine Zuflucht zu nehmen. Aufgüsse von verschiedenen exotischen Hölzern werden seit längerer Zeit in Benutzung genommen. Belladonnatinktur in Verbindung mit doppeltkohlensaurem Natrium beruhigt den Krampf der Blase und macht den Urin alkalisch, was sich im Verlaufe der Krankheit nötig zeigt. Auch müssen die Patientinnen grössere Mengen von Wasser trinken. Vom Urotropin hat der Verf. wenig Gutes gesehen, da es zu reizend ist, dagegen erweist sich dieses Mittel als sehr wirkungsvoll bei Nierenerweiterungen.

Schliesslich sind Bettruhe, sowie milde und leichte Diät unentbehrliche Hilfsmittel bei der Behandlung der Zystitis der Frau. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Santyl bei blennorrhagischer Urethritis. Von Dr. E. Cassini, Direktor des staatlichen Ambulatoriums f. Geschlechtskrankheiten, Chefarzt der Spitäler in Rom. Rassegna Sanitaria di Roma, 1908, No. 26.

Die Behandlung der Gonorrhöe mit internen Mitteln allein

wollte man von Anfang der Krankheit an durch eine lokale Behandlung durch Injektionen mit antiseptischen Lösungen, hauptsächlich Silbersalzen, ersetzen.

Man musste jedoch konstatieren, dass diese neue therapeutische Wendung grosse Unannehmlichkeiten mit sich führte, und es ist bekannt, wie hauptsächlich im Anfang des blennorrhagischen Prozesses eine Entzündung der urethralen Schleimhaut entsteht. In dieser Zeit erhöhen die antiseptischen Injektionen, spez. die Silbersalze, welche gewöhnlich angewendet werden, trotz ihrer spezifischen Wirkung auf die Gonokokken, die lokale Entzündung und schaffen dem Kranken nicht gerade leichte Störungen mit der Gefahr, auch noch Komplikationen hervorzurufen.

Auf Grund dieser Beobachtungen ist man von einer übertriebenen Injektions-Therapie abgekommen. Man wendet allerdings auch im Anfang der Krankheit die lokale Behandlung an, zieht es jedoch vor, die Verminderung der Entzündungserscheinungen der akuten Periode abzuwarten, um dann eine örtliche Behandlung zu beginnen, die bezwecken soll, die in der urethralen Schleimhaut eingenisteten Gonokokken zu vernichten. Es ist also neben der lokalen wieder die interne Therapie in Aufnahme gekommen, die ohne Zweifel sowohl bei der akuten Anfangsperiode als auch gegen Ende der Krankheit einen therapeutischen Wert ersten Ranges hat. Bei der internen Behandlung kommen fast ausschliesslich Balsamika in Betracht, wovon aber leider viele recht nachteilige Wirkung auf den Magendarmkanal und die Nieren ausüben.

Infolge dieser Unannehmlichkeiten wurde der Gebrauch der Balsamika zu Unrecht abgeschafft; zu Unrecht, weil, wenn es richtig ist, die alten Balsamika auszuschalten, die infolge von Verunreinigungen nicht geringe Unannehmlichkeiten verursachen, es jedoch nicht richtig ist, diejenigen, die uns von der modernen Pharmakologie als wirksam gegen die Entzündungsvorgänge bezeichnet wurden und die der Harnröhre eine Toleranz für die lokale Behandlung schaffen, die somit weniger schmerzhaft und günstiger wirken würden, zu verwerfen.

Unter diesen letzteren kommt in erster Linie Santyl in Frage, ein hellgelbes, fast gänzlich geruchloses und geschmackfreies Öl, welches 60 Proz. Santalöl als Ester der Salizylsäure enthält.

Der Verf. kommt nach seinen Erfahrungen zu dem Schluss, dass das Santyl eine sehr günstige Wirkung auf die Entzündungserscheinungen der akuten gonorrhöischen Urethritis ausübt, was eine gute Vorbereitung für eine erfolgreiche lokale Behandlung bedeutet. Das Santyl führt infolge seiner prompten Wirkung eine Einschränkung der Sekretion herbei, das Brennen und die schmerzhaften Erektionen und die Pollutionen werden beseitigt und ebenso der Tenismus. Es muss besonders betont werden, dass das Santyl vorzüglich vertragen wird und Reizungen auf den Magendarmkanal und die Nieren, wie sie bei Anwendung der übrigen bekannten Balsamika vorkommen, nie beobachtet wurden. —

R.

Der Pruritus vulvae, sein Zusammenhang mit der Kraurosis und seine Behandlung.

Von Dr. A. W. Russel. The Glasgow med. journ. Dezember 1907; bespr. Revue de thér. méd. chir. vom 1. Januar 1908, Heft 1, pag. 33.

Die Veranlassung dieses lästigen Symptoms kann eine Veränderung der Sekretion der Glandulae sebaceae bilden. Noch energischer können Affektionen des Ureters und der Blase an seiner Hervorrufung beteiligt sein. Irritierende Absonderungen der Gebärmutter und der Scheide bewirken das Gleiche; ebenso die Glykosurie. Man hat die ätiologischen Momente des Pruritus in zahlreiche Gruppen geteilt, in Wirklichkeit gibt es aber nur zwei: Absonderungen, welche die Vulva in ihrer Erstreckung affizieren, und Irritationsursachen in der Vulva selbst. Der Diabetes ist eine sehr häufige Veranlassung. Manche Kranke erfahren eine Besserung durch Katheterisieren. Gebärmutterausflüsse sind sehr häufig die Veranlassung des Pruritus. Alsdann kommen die lokalen Ursachen, Ausschläge, Furunkel und Parasiten. Indem man diese verschiedenen Ursachen bekämpft, kann man den Pruritus zum Verschwinden bringen.

Man leitet zuerst die physiologische Ruhigstellung der betr. Region ein, welche das Unterbleiben jeder sexuellen Erregung und jeder Irritation durch Reiben in sich begreift.

Man wird eine vollständige Reinlichkeit mit den einfachsten Mitteln anstreben, vermittels flüssiger Seifen, um Parasiten und irritierende Absonderungen zu beseitigen, durch entsprechende Scheidenspülungen gegen vaginale Wucherungen. Man wird, je nach den Indikationen, Uterinstörungen beheben, desgleichen solche der Vagina oder der Därme. Örtliche Anwendungen in der Form von Salben gestatten die möglichst rasche Zurückführung der Gewebe in ihren normalen Zustand.

Schliesslich wird es bisweilen notwendig sein, die befallenen Teile in verzweifelt liegenden Fällen zu exzidieren, bevor sich tiefere Strukturschädigungen oder gar maligne Entartungen infolge der anhaltenden Irritation der betr. Stellen entwickeln. Der Pruritus und manchmal auch die Dyspareunie gehen den Symptomen der Kraurosis während einer mehr oder wenig langen Zeit vorher. Die erstgenannten Läsionen bestehen wahrscheinlich in einer entzündlichen Hyperplasie, der Folge inveterierter Kratzwunden. Später atrophieren diese Gewebe und alsdann treten die Charaktere der Kraurosis und der Leucoplasia vulvae auf. Man soll in diesem Falle keine Zeit verlieren mit der Anwendung von Palliativmitteln, ehe man zur Radikalbehandlung vermittels Exzision schreitet, sondern diese sofort vornehmen, denn in einer beträchtlichen Zahl der Fälle entwickeln sich bösartige Neubildungen in dieser Gegend und den benachbarten Drüsen. —

Freudenberg - Dresden.



Referate über Geburts- und Säuglingspflege.

Über die der Frau der arbeitenden Klasse vor und nach der Geburt zu gewährende Hilfe in Hinsicht auf die Prophylaxe, die Hygiene und die Hilfeleistung selbst. Von Prof. Dr. Queirel. *Revue pratique d'obstétrique et de paediatric.* Mai 1908.

Autor ist der Ansicht, dass zur Lösung des sozialen Problems: der Verminderung der Totgeburten und der Kindersterblichkeit, man radikaler Mittel und des Geldes bedarf.

Und dann muss man nicht allein die Frau der arbeitenden Klasse, sondern eine jede Frau, die durch ihrer Hände Arbeit ihren Lebensunterhalt und häufig den ihrer Familie zu verdienen genötigt ist, ins Auge fassen. Man muss die schwangere Frau nicht allein vor und nach der Entbindung, sondern lange vorher und 4 Wochen hernach unterstützen.

Das Endresultat soll sein, wenn nicht die Geburtsziffer zu erhöhen, so doch wenigstens die Mortalität und selbst die Morbidität der Kinder zu vermindern.

Nach Ansicht des Autors sind nach einer normalen Geburt 14 Tage Ruhe genügend, damit die Mutter sich erhole und sich an das Stillen gewöhne. Die Ruhe vor der Entbindung hält Autor für viel notwendiger.

Die grosse Menge hält den Geburtsakt für anstrengender und gefährlicher. Sie weiss nicht, dass die Gravidität ebenso grosse Gefahren und längere und in bezug auf die Weiterentwicklung der Gravidität und selbst in bezug auf das weitere Leben der Frau verderblichere Anstrengungen in sich schliesst als der Geburtsakt. Daher kommt es, dass man nach der Geburt 4 Wochen Ruhe fordert, während man mit 14 Tagen Ruhe vor der Geburt sich begnügt.

Was in den Mortalitätsstatistiken der Neugeborenen und der Säuglinge auffällt, ist der hohe Prozentsatz der frühgeborenen Kinder. Trotz aller Pflege und aller Hingebung bringt man die Mortalitätsziffer hier nicht unter 40 Proz., und nur ausnahmsweise vermag man solche Kinder, wenn sie im siebenten Monate der Gravidität geboren sind, zu retten. Was für einen Zweck verfolgt man, wenn man der Frau die letzten 14 Tage ihrer Gravidität Ruhe gönnt. Nach Ansicht des Autors gar keinen, denn zu dieser Zeit der Gravidität ist es fast gleichgültig, ob dieselbe aufhöre.

Autor kommt zu dem Schlusse, dass man trachten müsse, möglichst wenig Frühgeburten d. h. möglichst viel ausgetragene Kinder zu haben oder die Gravidität bis zum normalen Ende zu verlängern und zwar dadurch, dass man der Frau nicht erst 2 oder 3 Wochen vor dem wahrscheinlichen Ende der Schwangerschaft, sondern vom 7. Monate ab tatkräftig Hilfe leiste.

Auf dem Kongresse von Nantes im Jahre 1901 machte Pinard folgenden Vorschlag, der auch einstimmig angenommen wurde: „Eine jede um Lohn arbeitende schwangere Frau soll die letzten drei Mo-

nate ihrer Gravidität Anrecht auf die zur Erreichung der für sie und ihr Kind unerlässlichen hygienischen Verhältnisse notwendige Hilfeleistung haben.“

Damit soll nicht gesagt sein, dass eine jede schwangere Frau zu einer obligatorischen Ruhe in einer Pflegeanstalt gezwungen sein soll. Es soll vielmehr heissen, dass einer jeden Frau, die gezwungen ist, eine durch die Anstrengung und den Kräfteverbrauch gefährliche Arbeit zu leisten, die für sie die Ursache einer Frühgeburt sein kann und für den Foetus eine Lebenschance weniger bedeutet, Hilfe zu gewähren ist; von allen Formen der Hilfeleistung ist die Verpflegung in einem eigens hierzu eingerichteten Arbeitshause die beste.

In einem solchen Hause wird die Schwangere Unterkunft, Ruhe und materiellen sowie moralischen Schutz finden. Hier wird ihr eine ihrem Zustande entsprechende Arbeit erlaubt, ja sogar auferlegt werden, aber die Nachtruhe wenigstens wird ihr gewiss sein.

Der verheirateten Frau, der Familienmutter, die nicht während 3 Monate den häuslichen Herd verlassen kann, würde Autor eine Schwangerschaftsunterstützung in Geld, die derselben gestatten würde, nicht zu arbeiten, zugestehen.

Vom humanitären Standpunkte aus findet Autor es am Platze, dass die Greise von 70 Jahren unterstützt werden; aber von demselben Standpunkt aus hält er es für ebenso notwendig und sicher für nützlicher, die schwangeren Frauen, welche einen Ersatz und Nachfolger für diese Greise liefern sollen, zu unterstützen. Autor verlangt, dass, wie jetzt ein gesetzlicher Schutz für die Jugend und das Greisenalter besteht, ein eben solcher Schutz für die schwangeren Frauen eingeführt werde. —

v o n l a H a u s s e - K i r c h w e i d a c h.

Über die soziale Rolle der Hebamme in der jetzigen Gesellschaft. Von Dr. Ribemont-Dessaignes. *Revue pratique d'obstétrique et de paediatric.* Mai 1908.

Autor weist kurz auf das hin, was die Hebamme bei der Ausübung ihres Berufes wissen muss und was ihr dabei zu tun möglich ist.

Er betont, dass heutzutage das Handeln der Hebammen nicht auf die Geburt und die unmittelbaren Folgen derselben beschränkt ist, dass die Hebamme vielmehr infolge mancher bei ihren Pfleglingen gemachten Beobachtungen oft in der Lage ist, sehr nützliche Ratschläge zu erteilen.

Hat dieselbe z. B. die Wahrnehmung gemacht, dass der Foetus infolge von Syphilis zugrunde gegangen ist, so darf sie zwar nicht ihr Berufsgeheimnis verletzen oder irgend eine Behandlung anordnen, aber im Interesse ihrer Klientin, im Interesse der folgenden Schwangerschaften sowohl als auch zur Wahrung ihrer Verantwortlichkeit muss sie raten, ja selbst unter Androhung, dass sie sich sofort zurückziehen werde, sogar fordern, dass sogleich der Arzt gerufen werde.

Desgleichen hat dieselbe die Pflicht, die Beteiligten auf die Gefahr, welche der Alkoholismus, der Saturnismus und gewisse besonders schädliche Beschäftigungen für den Foetus bedingen, aufmerksam zu machen.

Von dem Augenblicke an, wo die Frau empfangen hat, gehört sie der Hebamme in allem an, was die Hygiene der Schwangerschaft betrifft und zwar von den ersten Tagen an, die auf die Empfängnis folgen. Die Hebamme soll nicht warten, bis sie gefragt wird, sie soll vielmehr von selbst nützliche Ratschläge hinsichtlich der Art sich zu kleiden, zu nähren, erteilen; sie soll die jungen Frauen über die Gefahr des sexuellen Verkehrs, der häufig die Ursache von Fehl- und Frühgeburt ist, aufklären.

Die Hebamme muss den Urin häufig und wiederholt untersuchen, bei unstillbarem Erbrechen die Schwangere täglich wägen, auf die Prophylaxis der purulenten Augenentzündung bei Kindern, deren Mütter an gonorrhöischem Ausflusse leiden, bedacht sein.

Mit dem Fortschreiten der Gravidität kommt die Hebamme immer intimer mit dem Foetus in Berührung. Durch Auskultation vermag dieselbe zuweilen von der vierzehnten Woche ab Kindsbewegungen oder die kindlichen Herztöne nachzuweisen, wodurch sie die Diagnose auf Gravidität sicher stellen kann.

Später ist dieselbe durch die Palpation von den Bauchdecken aus imstande, die gefährlichen Querlagen des Foetus rechtzeitig zu erkennen und dieselben durch äussere Handgriffe zu korrigieren und den Foetus durch eine passende Binde in der richtigen Lage zu erhalten.

Desgleichen wird die Hebamme bei genügender Aufmerksamkeit die tiefe Insertion der Plazenta oder eine Veränderung in der Form oder in der Weite des Geburtskanales erkennen.

Zur Zeit der Geburt und der Nachgeburtsperiode erreicht die Hilfeleistung von seiten der Hebamme ihre höchste Bedeutung, da hier der geringste Fehler verderblich werden kann.

So vermögen eine vorzeitige oder zu plötzliche Zerreissung der Eihäute, ein Verpassen des zur Wendung günstigen Augenblickes, eine unvollständige Ausstossung der Nachgeburt, ein Mangel an Asepsis oder Antisepsis den Verlust der einen oder der anderen der beiden Existenzen, welche zu schützen die Hebamme die Pflicht und die Verantwortung hatte, herbeizuführen.

Nach der Geburt des Kindes, nach der Ausstossung der Nachgeburt, ist die Aufgabe der Hebamme nicht zu Ende, dieselbe muss vielmehr durch erhöhte Sorgfalt ihre Pflegebefohlene vor den Folgen eines pathologischen Wochenbetts schützen.

Puls und Temperatur müssen morgens und abends gewissenhaft notiert werden und bei jeder Temperatursteigerung ist sofort die Hilfe des Arztes zu requirieren.

Die Hebamme muss alsdann die Frauen überzeugen, dass sie die absolute Pflicht haben, ihre Kinder zu ernähren, und dass letztere ein Recht auf die Muttermilch haben. Die Hebamme muss den Müttern die unleugbaren Vorteile der Ernährung an der Brust sowohl für sich selbst als für die Kinder nachweisen und sie über die Gefahr einer jeden anderen Ernährungsweise für letztere unterrichten.

Und wenn die künstliche Ernährung nicht zu vermeiden ist,

muss die Hebamme betreffs derselben den Müttern ganz bestimmte hygienische Vorschriften geben. —

v o n l a H a u s s e - Kirchweidach.

Dell'influenza reciproca delle infiammazione pelviche e degli stati di puerperalita (gravidanza, parto e puerperio. Von Prof. F. Campione. Archivio di ostetricia e ginecologia diretto dal Prof. Giovanni Miranda, Napoli. Januar 1908.

Unter Beckenentzündung versteht Campione Entzündungen jeder Art, seröse, wie eitrige. Viele dieser Entzündungen neigen gar sehr zur Ausheilung, beeinflussen oft nicht einmal eine daneben einhergehende Schwangerschaft, und der Verfasser empfiehlt daher die radikalen Operationsmethoden soweit als möglich einzuschränken, wie man ja auch bei Niereneiterungen nur den Herd spalte, aber das Organ dem Körper erhalte. In vielen Fällen von Beckenentzündung, die konservativ behandelt wurden, sei später noch Schwangerschaft erfolgt. Verfasser gibt eine Zusammenstellung von 150 Erkrankungen der genannten Art. Von den 52 Operierten trat bei 26 später Schwangerschaft ein, von den 98 nicht Operierten wurden 83 in der Folgezeit schwanger. Von den Operierten wurden 49 geheilt, 1 Kranke blieb unverändert, 2 starben, von den nicht Operierten wurden 63 geheilt, 34 blieben unverändert, 1 starb.

Was besonders das Verhältnis von Schwangerschaft und Beckenentzündung betrifft, so ist nach des Verfassers Urteil der Einfluss der ersteren auf die Entzündung in den meisten Fällen ein günstiger oder es ist überhaupt kein Einfluss festzustellen. Wenn eine Verschlimmerung eintritt, so liegt die Ursache davon zumeist in anderen Verhältnissen, etwa in einer besonders hohen Virulenz der pathologischen Keime.

Die konservative Behandlung, zumal der gonorrhöischen Beckenentzündungen wird auch in den deutschen Kliniken mit gutem Erfolg geübt. —

K r a u s s - Ansbach.

Das „Auge des Geburtshelfers“, eine Studie über die Beziehungen des Tastsinnes zum geburtshilflichen Unterricht. Von Prof. Dr. Sellheim - Tübingen. Münch. med. Woch., Nr. 18, 5. Mai 1908, pag. 945.

Dem Blinden vergleichbar ist der Geburtshelfer in wesentlichen Beziehungen statt des Sehens auf das Fühlen angewiesen. Die Hand, die Fingerspitze stellt demnach sein Auge dar. Und zwar muss der Geburtshelfer, entsprechend den veränderungsreichen Geburtsvorgängen, zwei sehende Hände haben; er muss „ambidexter“ sein. Über die Lage der Finger zu einander sind wir weit mehr imstande uns richtige Vorstellungen zu machen, als über die Lage der Zehen; das macht: Die Hand haben wir stets vor Augen, die Füße aber stecken tagüber in den Schuhen und nachts unter der Decke. Somit ist die Hand ein vortreffliches Tastorgan. Die Bewegungsempfindungen haben ihren Sitz weniger in der Haut als vielmehr in den tiefer gelegenen Parthien der bewegten Glieder. Das neugeborene

Kind bringt schon in der Greifbewegung ein kleines ererbtes Kapital von koordinierter Bewegungsform mit auf die Welt.

Man unterscheidet generelle und individuelle Bewegungen. Ursprünglich sind alle Bewegungen individuell, können aber durch Übung gegebenenfalls generell werden. Solche generelle Bewegungen können wir ausüben und zugleich unsere Aufmerksamkeit anderen Dingen zuwenden. Auf die Geburtshilfe angewendet, heisst dies, sich durch Übung eine sichere Technik aneignen, die uns erlaubt, die Besonderheiten jeden einzelnen Falles wahrzunehmen, ohne dabei technische Fehler zu machen. Hautsensibilität und Tiefentastgefühl spielen dabei gleichzeitig eine Rolle. Wie das zweiaugige Sehen, so kann auch das bimanuelle Tasten sich zu einer einheitlichen Leistung gestalten.

Um richtig zu tasten, muss man den Mittelpunkt des Tastgebietes in den „Kernpunkt des Fühlraumes“ bringen. Auch ist die Haltung des Armes für eine gute Fühlbarkeit der Hand von Wichtigkeit. Auch der Druck der eigenen tastenden Fingerbeere, die Dicke der zu untersuchenden Bauchdecken, der Grad unserer Aufmerksamkeit etc. modifizieren die Wahrnehmung. Besonders durch Ermüdung wird der Tastsinn abgestumpft. Das Kind fühlt feiner als der Erwachsene, das Weib feiner als der Mann; gross sind die individuellen Differenzen. Das Wichtigste beim Tasten aber ist und bleibt die Übung.

Die Geburt ist ein Vorgang im Raum. Die Grundlage für die geburtshilffliche Tätigkeit muss daher eine gute räumliche Auffassung bilden. Was die Schule diesbezüglich begonnen, muss der akademische Unterricht vollenden. Wo aber die Anfangsgründe mangelhaft sind, ist die letztere Aufgabe schwer, oft unlösbar. Der Lehrer der Geburtshilfe muss zunächst dem Schüler das Flächensehen abgewöhnen und das genaue und vollständige körperliche Sehen angewöhnen. Das Gleiche gilt für das Tastbild. Die beste Hilfe sind Modelle, möglichst einfache und solche, „die einen Puff vertragen können.“ Die Tasteindrücke, auf welche es ankommt, sind nicht schwer zu beschreiben. Der Zwang, die Schilderung der Tasteindrücke während der Untersuchung nach einem bestimmten Schema zu geben, bildet für den Lehrer die beste Kontrolle, wie der Schüler seine Zeit anwendet und wie seine Vorstellung fortschreitet. Auch das Zeichnen ist eine vorzügliche Kontrolle. Der Plan von Winternitz, das Gefühlte in Ton nachzubilden, ist pädagogisch richtig, aber praktisch undurchführbar, da viele Studierende nicht so weit für bildende Kunst begabt sind. —

Freudenberg - Dresden.

Zur Bettruhe im Wochenbette. Von E. Martin. M. f. Geb. u. Gyn.

Verf. machte an 100 Wöchnerinnen der Frauenklinik der Charité in Berlin den Versuch, sie nach dem Vorschlage von Küstner früh aufstehen zu lassen. Hierunter versteht er aber nur eine Veränderung der Körperhaltung ausser Bett: ein ruhiges Aufsitzen mit einer festen Binde um den Leib. Die Frauen durften weder viel

herumgehen, noch irgendwelche Handreichungen verrichten. Ausgewählt wurden die Wöchnerinnen ohne Rücksicht auf die Zahl der vorangegangenen Geburten und das Alter. Nur übernormale Dauer der Geburt, Temperatursteigerungen während derselben, Nebenverletzungen, operative Eingriffe oder pathologische Veränderungen am Herz, Lunge, Niere oder Gefäßsystem bildeten eine Kontraindikation. Die Erfahrungen können sich leider nur auf die primären Resultate erstrecken, da weitere Nachuntersuchungen unmöglich waren. Zum ersten Male standen die Frauen 15–24 Stunden nach vollendeter Geburt auf. In den folgenden (7) Tagen waren sie dann vor- und nachmittags je 2 Stunden ausser Bett. Die Wochenbettmorbidity in diesen Fällen betrug 13 Proz. Die Rückbildung des Uterus war eine gleichmässig fortschreitende und brauchte in keinem Falle durch Sekale beschleunigt zu werden. Der Uterus erwies sich bei der Entlassung am 7. Tage stets anteflektiert. Die jungen Wöchnerinnen erholten sich überraschend schnell und bekamen meistens schon nach wenigen Tagen ein frisches Aussehen; keine von ihnen ist ohnmächtig geworden. Sie konnten alle in durchaus befriedigendem Allgemeinzustande die Klinik verlassen. Die vielfach vertretene Anschauung, dass durch zu frühes Aufstehen die Involution des Uterus ungünstig beeinflusst wird, kann durch die erhobenen Lochialbefunde nicht bestätigt werden. Was die vielfach gegen diese Art der Wochenbettpflege angeführte Gefahr der Embolie betrifft, so ist unter den 100 Fällen kein derartiger Fall beobachtet worden, ebenso nicht bei 800 weiter so behandelten Frauen.

Er kann demnach die von Küstner vorgeschlagene Wochenbettpflege auf Grund der mitgeteilten Beobachtungen überall dort empfehlen, wo eine stattgefundene Infektion während der Geburt mit möglicher Sicherheit ausgeschlossen werden kann und der gesunden, jungen Mutter bei ständiger ärztlicher Kontrolle nur eine kurze Zeit für die Erholung nach der Geburt zur Verfügung steht. Für die Pflege in den wohlhabenden Klassen aber wird man den Schluss ziehen können, dass es nicht notwendig ist, die gesunden Frauen so lange liegen zu lassen wie bisher; dass man sie vielmehr in eine andere Lage bringen kann, wenn sie sich wohl genug fühlen.

Weisswange - Dresden.

L'argent colloïdal dans les maladies infectieuses. Von Dr. A. Netter (Paris). La presse médicale, Nr. 50, 1908.

Der Verfasser weist auf die guten Resultate, welche man mit Kollargol bei verschiedenen infektiösen Krankheiten erzielen kann, hin und hebt hervor, dass der Vergleich, den einige Autoren zwischen diesem Präparate und dem auf elektrischem Wege hergestellten Elektrargol oder Ultrargol anstellen, auf gar nichts beruht. Das auf chemischem Wege hergestellte Kollargol enthält 87 Proz. Silber in kolloidalem Zustande, während das Elektrargol nur $\frac{1}{4}$ mg per Kubikzentimeter hiervon enthält. Letzteres Präparat ist also sehr schwach, was namentlich, wenn es sich darum handelt, eine bakterizide Wirkung auszuüben, sehr in Betracht kommt. Auch darf nicht vergessen werden, dass das Kollargol relativ leicht löslich ist

und mit Leichtigkeit 5 proz. Lösung gibt, während die Elektrargollösungen nur eine Konzentration von 0,025 Proz. besitzen. —

E. T o f f - Braila.

Über den Puls bei der Phlegmasia dolens alba puerperalis.

Von Dr. A. Blein. *Revue pratique d'obstétrique et de paediatric.* März 1908.

In den Entbindungsanstalten, wo die Frauen infolge ihrer sozialen Stellung, gegen den neunten oder zehnten Tag, manchmal noch früher das Bett verlassen müssen, kann man zuweilen eine erst vor kurzem Entbundene aufstehen, einige Bewegungen machen und zu Boden fallen sehen, von einer Lungenembolie tödlich getroffen.

Es ist daher für den Praktiker von der grössten Wichtigkeit, Zeichen kennen zu lernen, welche ihm gestatten, die Phlebitis zu einer Zeit zu diagnostizieren, wo dieselbe noch im Uterus oder in den Venen des Beckens verborgen verläuft, bevor dieselbe an den Extremitäten offenkundig auftritt oder in Form einer tödlichen Embolie sich präsentiert.

Als Vorzeichen der Phlebitis gelten nach Pinard und Wallich, ausser den Temperaturschwankungen, Seitenstechen, Dyspnoe, blutiges Sputum.

In Deutschland lenkte Mahler die Aufmerksamkeit auf ein bis dahin unbeobachtetes Symptom, auf den staffelförmig ansteigenden Puls, den er Kletterpuls nannte und der einige Tage vor den anderen Symptomen der Thrombose auftritt.

Richter wies 1905 darauf hin, dass man neben dem Pulse die Temperatur genau kontrollieren müsse, und er fand, dass in den typischen Pulskurven bei Thrombose der Puls selbst dann ansteigt, wenn die Temperatur normal bleibt.

An der Dresdner Klinik stellte Richter eine Statistik über 16000 Entbindungen auf. Er fand darunter 20 Fälle von Embolie und 78 Fälle von Thrombose.

Unter diesen 98 Fällen war das Mahlersche Symptom 62 mal positiv, d. i. 63 Proz. In den anderen 33 Fällen (34 Proz.) war dasselbe es nicht, sei es weil das Ansteigen des Pulses vor dem Eintritte der Kranken in die Klinik begonnen hatte, sei es weil dasselbe durch ein kontinuierliches Fieber verdeckt war. Nur in 2 Fällen war dasselbe negativ. In einem anderen Falle ging die Pulskurve verloren.

Nach dieser Statistik steht also fest:

1. Dass der Kletterpuls wirklich besteht.
2. Dass derselbe ohne Zweifel ein schweres Symptom darstellt, das von solcher Wichtigkeit ist, dass in Anbetracht der Gefahr, welche dessen Nichtbeachtung verursachen kann, man denselben mit der grössten Sorgfalt nachweisen muss. Seine Bedeutung ist um so grösser, als er das einzige Frühsymptom der Thrombose ist und als, Dank demselben, der Arzt im Anfange eine strenge Prophylaxe, welche die Embolie verhindern wird, ins Werk setzen kann.

Endlich kommt V a n e y in seiner Dissertation (Nancy 1906) zu dem Schlusse, dass die hohe Zahl der Pulsschläge nur dann einen diagnostischen Wert hat, wenn dieselbe von einer vollkommenen Apyrexie begleitet ist (M a h l e r s c h e s Symptom).

Ist einmal die Phlebitis klinisch festgestellt, so sieht man Temperatur und Puls schwanken, letzteren in geringerem Grade und die Pulsbeschleunigung hält einige Zeit nach dem Verschwinden des Fiebers an. — v o n l a H a u s s e - Kirchweidach.

Über den Puls bei schwangeren Frauen mit sogenanntem unstillbaren Erbrechen. Von Dr. A. Blain. *Revue pratique d'obstétrique et de paediatric.* April 1908.

D u b o i s gebührt das Verdienst 1848 auf die Bedeutung der Pulsbeschleunigung beim unstillbaren Erbrechen hingewiesen zu haben.

D u b o i s teilt mit C h o m e l das unstillbare Erbrechen in drei Perioden ein.

Alle Autoren weisen auf die im Beginne vorhandene Abmagerung, die durch die ungenügende Ernährung infolge des Erbrechens verursacht ist. Vom Pulse ist nicht die Rede, wiewohl derselbe ganz wichtige Merkmale aufweist. Derselbe muss täglich sehr sorgfältig kontrolliert werden, denn seine Modifikationen treten zuerst auf. Erreicht das Erbrechen einen gewissen Grad von Schwere, so wird der Puls klein, um zuletzt fadenförmig zu sein. Ausserdem weist derselbe noch ein viel wichtigeres Merkmal auf, nämlich hinsichtlich der Frequenz. Er erreicht 100 Schläge in der Minute, er kann diese Zahl kontinuierlich und permanent übersteigen. Die Kranke befindet sich im febrilen Stadium von D u b o i s. Freilich hat P i n a r d nie eine Temperatursteigerung beobachtet. Aber zu D u b o i s Zeit schien man das Thermometer nicht zu kennen; Pulsbeschleunigung war mit Fieber gleichbedeutend.

Die Affektion entwickelt sich weiter, bald erreicht der Puls 120, 130, 140 und mehr. Das Erbrechen hört auf. Trügerische Ruhe. Der Exitus lethalis ist nahe.

Beim unstillbaren Erbrechen nimmt im gleichen Grade als der Puls frequenter wird die arterielle Spannung ab. Kurzum Pulzfrequenz und arterielle Spannung sind zur Stellung der Prognose behilflich.

Endlich hängen die therapeutischen Indikationen vor allem von der Frequenz des Pulses ab.

Auf dem Kongresse zu Rom im Jahre 1902 formulierte P i n a r d die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei unstillbarem Erbrechen folgendermassen:

„Ich kümmere mich weder um den Gewichtsverlust noch um die Intensität des Erbrechens. Was ich ganz sorgfältig kontrolliere, ist der Puls.

Nach zahlreichen Beobachtungen kam ich zu dem Schlusse, dass, sobald bei einer von unstillbarem oder besser toxischem Erbrechen befallenen Frau, die Pulsbeschleunigung derart ist, dass die Zahl der Schläge in einer Minute 100 übersteigt, man sofort die Schwangerschaft unterbrechen muss.

Wenn man zuwartet, so wird dieser Eingriff unnütz, denn der Tod wird gleichwohl infolge Intoxikation des Nervensystemes eintreten.“

Die therapeutischen Indikationen sind sehr klar. Beifolgend die an der B a u d e l o c q u e 'schen Klinik erreichten Resultate:

Im ganzen handelte es sich um 9 Beobachtungen: In 2 Fällen erreichte man Heilung unter medikamentöser Behandlung; in 7 Fällen wurde die Schwangerschaft unterbrochen, wobei man 5 vollständige Heilungen, 1 Heilung mit spät eintretender peripherer Neuritis und 1 Todesfall, welcher letzterer allerdings einer zwei Tage nach dem Eingriffe akquirierten Pneumonie zu verdanken war, zu verzeichnen hatte.

Bei der Unterbrechung der Schwangerschaft bleibt die Pulsfrequenz längere oder kürzere Zeit, je nach dem Grade der Intoxikation, ziemlich hoch. —

v o n l a H a u s s e - Kirchweidach.

Der Blutdruck bei der Eklampsie. Sein Wert als Indikation für die Behandlung und seine Beeinflussung durch gewisse therapeutische Agentien. Von Dr. Robert C. Davis. University of Panna. medical bulletin, Voll. XXI, Nr. 3, Mai 1908, pag. 75.

Der Verf. hat umfangreiche Untersuchungen über den Blutdruck bei der Eklampsie angestellt und ermittelt, dass in allen Fällen von Eklampsie eine ausgesprochene Erhöhung des Blutdrucks stattfindet. Wenn während der Behandlung ein Abfall des Blutdrucks beobachtet wird, entspricht dem jedesmal auch ein Sinken des Eiweissgehaltes im Urin. Als die wirksamsten Mittel zur Herabsetzung des Blutdruckes haben sich Dampfbäder, Anstechung der Eihäute, Nitroglyzerin und der Aderlass ergeben. Hieraus ergibt sich, dass die wirksamsten Faktoren in der Behandlung der Eklampsie gerade solche Mittel sind, welche den Blutdruck herabsetzen oder Toxine zur Ausscheidung bringen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über gleichzeitige Schwangerschaft innerhalb und ausserhalb der Gebärmutter. Von Th. Immele. M. f. Geb. und Gyn.

Eine 40 jährige Frau hat zwei normale Geburten und einen Abort durchgemacht. Die Menses blieben jetzt wieder aus, und es traten zweimal kolikartige Schmerzanfälle im Abdomen ein. Einlieferung in die Klinik pulslos. Alle Symptome deuten auf eine innere Blutung infolge Tubargravidität hin, ausserdem ist der Uterus entsprechend dem 2. Monat der Schwangerschaft vergrössert. Sofortige Laparotomie, Entleerung grosser Massen geronnenen und flüssigen Blutes aus der Bauchhöhle. Die Diagnose, geplatzte Extra-uterin-Gravidität links, bestätigt sich. Die Frau erholt sich wieder, und nach 17 Tagen kommt es zur Geburt eines 6 $\frac{1}{2}$ cm langen Fötus aus dem Uterus. Glatte Genesung. —

W e i s s w a n g e - Dresden.

Querlage und Uterusruptur. Von Dr. D. Popescu. Spitalul, Nr. 10, 1908.

Es handelte sich um eine verschleppte Querlage mit Vorfall der Nabelschnur und eines Armes. Als P. die Patientin untersuchte, fand er einen grossen Riss der vorderen Uteruswand, derart, dass er nur Darmschlingen und die vordere Bauchwand der Frau fühlen konnte. Da von einer Wendung nicht mehr die Rede sein konnte, wurde mit dem Braun'schen Haken dekapitiert. Nach vorgenommener Waschung des inneren Genitales zog sich die Gebärmutter derart zusammen, dass die Darmschlingen vollkommen verschwanden. Am dritten Tage stellten sich aber untrügliche Erscheinungen eines schweren Puerperalfiebers ein. Da dasselbe sich auf die übliche Behandlungsmethode nicht besserte, wurde das polyvalente Antistreptokokkenserum von Cantacuzino eingespritzt und tatsächlich hierdurch am folgenden Tage Entfieberung und Besserung des Allgemeinbefindens erzielt. Der Verlauf war des weiteren ein günstiger, und Patientin genass vollkommen. — E. Toff - Braila.

Ein Fall von Graviditas extrauterina mit lebender ausgetragener Frucht. Von Dr. Sv. Horneman, Assistenzarzt des Krankenhauses in Naestved (Dänemark). Z. f. Gyn., Nr. 20, 18. Mai 1908, pag. 618.

Der von H. publizierte, immerhin interessante Fall betrifft eine 25 jährige Bäuerin, II para. Die voluminöse Plazenta (1500 g) sass teilweise mit der vordern Bauchwand verwachsen und fiel in die Laparotomiewunde. Die Ernährung der Plazenta erfolgte durch die Gefässe des Gekröses, die Nabelschnur inserierte velamentär. Die Blutung aus den allseitigen Verwachsungen war überaus heftig, doch gelang die Rettung von Mutter und Kind. —

Freudenberg - Dresden.

Photographische Registrierung der foetalen Herztöne. Von Dr. J. Hofbauer und Dr. O. Weiss in Königsberg. Z. f. Gyn., Nr. 13, 1908, pag. 429.

Verff. haben einen Apparat (Phonoskop) konstruiert, der durch eine schwingende Membran (Seifenlamelle) die menschlichen Herztöne und Herzgeräusche auf einen sehr dünnen Glashebel überträgt und photographisch zu registrieren gestattet. Derselbe arbeitet so fein, dass sich auch die kindlichen Herztöne in utero registrieren lassen. —

Freudenberg - Dresden.

Diabetes mellitus in graviditate als Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Von Dr. Alfred Schottelius. Münch. med. Woch., Nr. 18, 8. Mai 1908, pag. 957.

Verf. plädiert lebhaft für eine Unterbrechung der Schwangerschaft unter allen Umständen, rücksichtlich der Schwere dieser Komplikation und ihrer schlechten Aussichten für Mutter und Kind. Auch bei abgestorbenem Fötus soll unverzüglich die Geburt eingeleitet werden. —

Freudenberg - Dresden.

Zur Behandlung der Eihautretention. Von Dr. Ernst Engelhorn, Assistent der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Erlangen. Z. f. Gyn., Nr. 16, 18. April 1908, pag. 507.

Entgegen den in der letzten Zeit wieder laut gewordenen Stimmen, die Retention von Eihäuten gleich derjenigen von Plazenta zu behandeln, kommt Verf. auf Grund statistischer Erhebungen in der Erlanger Klinik zu dem Resultate, dass Eihautretention eine ungefährliche Komplikation sei und folglich die Eihäute unbesorgt zurückgelassen werden könnten. Von jeder aktiven Therapie sei Abstand zu nehmen, da man im allgemeinen bei exspektativem Verfahren eine spontane Ablösung und Austossung erreicht. Gerade in den in letzter Zeit vorgeschlagenen Eingriffen (digitale Austastung oder gar Auskratzung) sei durchaus eine Gefahr zu erblicken, welche in keinem richtigen Verhältnis zu dem unbedeutenden Ereignis der Eihautretention stehe. — Freudenberg - Dresden.

Der pathologische Aspekt der Erstgeburt. Ohne Angabe des Verfassers. The Hospital vom 4. April 1908. pag. 2.

„Das erstgeborne Kind,“ sagte neulich ein amerikanischer Autor, „ist praktisch stets das beste, das beste an Hirn, an Körperbau, an Schönheit und allem Übrigen. Woher kommt das? Es kommt daher, dass verheiratete Leuten einander am Anfang der Ehe mehr lieben als später, denn die Liebe, wie alle Dinge, altert, schwächt sich ab und erlöscht oft gänzlich.“ Diesem sentimental, laienhaften und durchaus irrigen Standpunkt tritt nun der Verf. mit dem ganzen Rüstzeug der Wissenschaft und der literarischen Statistik entgegen und betont, dass gerade das Umgekehrte der Fall ist. Kein Kind ist so sehr den Nachteilen einer hereditären Belastung in somatischer und psychischer Beziehung ausgesetzt, als das erstgeborene. Zur teilweisen Erklärung dieses Umstandes führt er das von Psychiatern und Strafrechtlern vorgebrachte Argument an, dass die erstgeborenen Kinder vielfach erzeugt werden, ehe die Eltern die volle geschlechtliche Reife erlangt haben. Zur weiteren Aufhellung dieses dunkeln, interessanten Punktes fordert er zu statistischen Erhebungen, namentlich in den Schulen auf. — Freudenberg - Dresden.

Über intrauterin erworbene Ophthalmoblennorrhöe des Neugeborenen. Von E. Holzbach. M. f. Geb. u. Gyn.

Bei einer 29 jährigen Zweitgeschwängerten kommt es zum frühzeitigen Blasensprung. Die spontane Geburt eines Kindes erfolgt erst 3 Tage später. Im Sekret der mütterlichen Vagina waren Gonokokken nachgewiesen worden. Die Augen des Kindes zeigen sofort nach der Geburt eine schwache eitrige Sekretion aus beiden Lidspalten, geringe Schwellung von Lid und Lidbindehaut. Die rechte Hornhaut war total getrübt und lag matt, wie eingesunken, im Bulbus. Die linke Hornhaut war ebenfalls diffus, aber weniger stark getrübt; im unteren Quadranten fand sich ein grosses Ulkus mit aufgeworfenen, dicht infiltrierten Rändern. Am nächsten Tage zeigte sich auch rechts im unteren Hornhautabschnitt ein beginnendes Ulkus. Im Sekret beider Konjunktiven wurden Gonokokken in Reinkultur nachgewiesen.

Diese intra-uterin entstehende Infektion ist als eine reine Kontaktinfektion aufzufassen, die mit dem Moment entstehen kann, wo die schützenden Eihäute an irgend einer Stelle geborsten sind, wo also Keime aus dem Scheidensekret ascendieren, oder direkt durch die anliegenden Wände des bei Gonorrhöe die meisten Kokken beherbergenden Zervikans dem kindlichen Auge implantiert werden können. Verf. plädiert dann dafür, den Hebammen das Arg. nitric. in die Hand zu geben. — Weisswange - Dresden.

Die moderne Behandlung der Ophthalmia neonatorum.

Von Dr. Rosa Ford. The hospital, 29. Februar 1908.

F. empfiehlt für die allgemeine Praxis die nachstehende Methode. Prophylaktisch bewische man die Lider unmittelbar nach der Geburt mit einem feuchten Wattetampon aus und träufele sofort eine Lösung von 1⁰/₁₀₀ Protargol in beide Lidsäcke. Therapeutisch reinige man den Konjunktivalsack alle halbe Stunden mit einer Lösung von Natrium boricum und lege auf die Lider Gazebäuschchen, die mit derselben Lösung getränkt sind. Diese sind alle halbe Stunden zu wechseln. Alle Stunden wird eine 1⁰/₁₀₀ Protargollösung ins Auge eingeträufelt, einmal am Tage jedoch eine 10 proz., die man möglichst 2 Minuten lang im Lidsack belässt.

Wenn sich die Kornea zu trüben beginnt, so träufelt man 3 mal täglich 0,12 Atropin auf 30 Gramm ein. Auch in superakuten Fällen setzt man diese Behandlung fort, bis sich die Schwellung vermindert hat und die Schleimabsonderung nachlässt. Anstatt jedoch alsdann 1⁰/₁₀₀ Protargol einzuträufeln, wischt man die Bindehaut der Lider einmal am Tage mit einer 2⁰/₁₀₀ Lösung von Höllenstein aus. Nach Ablauf einiger Minuten dämpft man den Reiz mit einer sterilisierten Salzlösung.

F. gibt ferner einige praktische Winke. Wird das Kind mit einer schon zum Ausbruch gekommenen Ophthalmie geboren, so soll man nicht das Créde'sche Verfahren anwenden. Eine Silbernitratlösung würde die Entzündung nur steigern. Ebenso soll man die Créde'sche Methode, falls diese nicht unmittelbar nach der Geburt zur Anwendung gelangt ist, nicht mehr beim ersten Zeichen einer beginnenden Entzündung anwenden. Unter keinen Umständen aber gebrauche man eine Silbernitratlösung von mehr als 2 Proz.

Die Kornea eines von Blennorrhöe befallenen Kindes muss mindestens zweimal im Laufe des Tages untersucht werden. Hierbei darf man sich aber nur im alleräußersten Notfall eines mechanischen Lidspalters bedienen. Klinisch sind Protargol und Argyrol dienlicher als Höllenstein, am wirksamsten ist Protargol. Man mache es sich mit kaltem Wasser zurecht und bewahre die Lösung in einem Fläschchen mit gelbem Glas auf.

Ist die Entzündung auf ein Auge beschränkt, so spricht alle Wahrscheinlichkeit für das Bestehen einer kongenitalen Verstopfung des Tränenkanals als Veranlassung derselben. Rechtzeitig erkannt, sind derartige Fälle leicht und rasch zu heilen, während sich späterhin die Behandlung langwierig und schwierig gestaltet. Was die Prognose betrifft, so kann man, abgesehen von den sog. diphtheritischen oder

malignen Formen, wenn die Kornea angetrübt bleibt, auf eine vollständige Heilung rechnen. Das Protargol darf nicht allzulange Zeit hindurch angewendet werden, da es sonst die Konjunktiva verfärben könnte. —
Freuden berg - Dresden.

The indications for and against removing adenoids, and method of operating. Von Samuel W. Th ur ber, M. W., New-York (104 East Thirty-ninth Street). Arch. of Pediatr. 1908, No. 1, pag. 43.

Als Indikationen für die Entfernung der Adenoiden erklärt Th ur ber:

1. die Nasenverstopfung,
2. die Mundatmung,
3. Reflexerscheinungen (Asthma, Stottern, Epilepsie).

Dagegen warnt er bei akuten Infektionskrankheiten, bei Konstitutionskrankheiten (Hämophilie, Nephritis, Tuberkulose), bei geringerem Grade der Adenoiden und in Epidemiezeiten die Adenoiden zu entfernen.

Für die beste Zeit der Operation empfiehlt er das 4. bis 8. Lebensjahr, also vor oder während der II. Dentition.

Als Anästhetikum lobt er das Äthylchlorid.

Nach der Operation sollen die Kinder 24 Stunden im Bette liegen und nur kalte Milch geniessen. H o c h h e i m - Halle a. S.

Adenectomy during acute middle-ear disease. Von Philipp D. Kerrison, M. D. New-York. Arch. of Ped., No. 1, pag. 57.

Bei akutem Mittelohrkatarrh ist es notwendig, die Adenoiden zu entfernen, wenn sie stark entwickelt sind und die Tubenostien verschliessen. In solchen Fällen kommt es sonst nie zur Heilung.

Wenn man einmal für Parazentese der Trommelfelle die Allgemeinnarkose macht, so ist besser, gleich die Adenektomie und eventl. auch die Tonsillotomie mit anzuschliessen. Einen Nachteil hat K. bei diesem Verfahren nie gesehen. — H o c h h e i m - Halle a. S.

Ocular symptoms and diseases accompanying adenoids.

Von Charles H. M a y, M. D. New-York. (698 Madison Avenue.) Arch. of Ped., 1908 Heft 1, pag. 54.

Eine ganze Reihe Augenkrankheiten hängen eng mit Krankheiten der Nase zusammen; sie verschwinden ohne besondere Therapie mit diesen. So z. B. Tränenträufeln, Blepharitis, einfache Bindehautkatarrhe, Dakryozystis, Phlyktaenen u. a. begleiten oft die Adenoiden; aber man findet sie auch alle bei Kindern, die nicht an Adenoiden leiden.

Jedoch eine Bindehautaffektion, die dem echten Trachom täuschend ähnlich ist, eine Konjunktivitis mit mehr oder weniger Follikelkyperthrophie kommt nach M a y s Beobachtung nur in Verbindung mit Adenoiden vor.

Die Differentialdiagnose ist sehr schwer, in vielen Fällen sogar gar nicht direkt zu stellen; sie ergibt sich schliesslich aus der Beobachtung. Die schwere Zerstörung des Trachom-Pannus, Ulzera der Kornea, Verzerrung der Lider, und schliesslich Blindheit werde niemals dabei gefunden: Alle Beschwerden verschwinden schliesslich mit der Entfernung der Adenoiden. — H o c h h e i m - Halle a. S.

Three cases illustrative of the occurrence of typhoid fever in the first year of life. Von J. P. Crozer Griffith M. D., Prof., Philadelphia. Archives of pediatrics, 1908, No. 1, pag. 1.

Der Verf. berichtet über drei Fälle von Typhus abdominalis bei Kindern von 5—9 Monaten und glaubt bestimmt, dass Typhusfälle in so jugendlichem Alter öfter vorkommen, aber die Diagnose nicht gestellt wird, weil man Typhus in diesem Alter nicht vermutet. Die Temperaturkurve gleicht nicht der der Erwachsenen; der staffelförmige Anstieg fehlt, die Kurve schnell in die Höhe, um allmählich wieder abzuklingen. Sonst sind keine Besonderheiten im Verlaufe.

Die Therapie richtet sich nach den Komplikationen; Bäder waren ohne Einfluss auf die Temperatur. — Hochheim - Halle a. S.

Austern und Typhus. Von Dr. Delcourt. La pathologie infantile, 1908, No. 4.

D. hält die Ansteckung mit Typhus durch infizierte Austern für sehr selten, besonders in Brüssel, wo der Typhus chronisch ist. —

Winckelmann - Konstanz.

Plötzliche Mitralinsuffizienz, erklärbar durch Zerreissung eines intraventrikulären Sehnenfadens. Von Dr. Moritz Perrin - Nancy. La pathologie infantile, 1908, No. 4.

Nach einigen 100 Metern raschesten Laufes trat bei einem 13-jährigen Knaben plötzlich heftigster Brustschmerz mit Angstgefühlen und Atemnot auf. Es bildete sich eine Mitralinsuffizienz aus, bei der das laute systolische Geräusch einen musikalischen Klang hatte. —

Winckelmann - Konstanz.

Über die relative Unschädlichkeit der Ophthalmoreaktion.

Von Jules Lemaire. La pathologie infantile, 1908, No. 4.

Beschreibung von 4 Fällen, bei denen die diagnostische Einträufelung von Tuberkulin 1/100 heftigste Konjunktivitis hervorrief. —

Winckelmann - Konstanz.

Tetanus neonatorum complicated by pneumonia. Von Ralph Oakley Clock. M. D., St. Christophers Hospital, Philadelphia (2600 Lawrence Street. Arch. of Ped., 1908, No. 1, pag. 25.

Das 17 Tage alte Kind wurde vollkommen steif in das Hospital gebracht. Es zeigte eine schlecht granulierende, leicht blutende Nabelwunde, um welche herum die Bauchhaut stark entzündet und ödematös war.

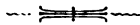
Da wegen des Trismus eine natürliche Ernährung unmöglich war, so wurde das Kind mit dem Katheter durch die Nase gefüttert und ihm zur Unterdrückung der Krämpfe Chloral und Kalabarbohnen gegeben. Im Laufe der nächsten Tage besserte sich das Befinden des Kindes, es konnte schlucken, die Temperatur sank zur Norm (98 °), die Respiration von 55 auf 40, so dass man hoffte, das Kind am Leben zu erhalten. Doch am 7. Tage nach der Aufnahme stieg die Respirationsfrequenz auf 66—72, die Temperatur schwankte zwischen 98 und 107 °, ohne dass besondere Geräusche an den Lungen festgestellt werden konnten. Mittags

war das Abdomen stark ausgedehnt, das Kind erbrach gelbe Massen, es liess den Unterkiefer hängen, das Schlucken war unmöglich. Pat. wurde nun blass und kalt und ging trotz Stimulantien am Fröhnachmittage ein.

Die Obduktion ergab eine beginnende Lungenentzündung im rechten Unterlappen und in Teilen beider Oberlappen; eine Bauchfellentzündung bestand nicht; die Darmschleimhaut war leicht geschwollen. Der fast ganz verheilte Nabel zeigte nur noch wenig von dem früheren septischen Prozesse.

Die Therapie war rein symptomatisch. —

H o c h h e i m - Halle a. S.



Referate aus ärztlichen Gesellschaften.

Transactions of the American pediatric society,
19. Sitzung, abgehalten zu Washington vom 7.—9. Mai 1907.

Über **Pseudomasturbation** bei Kindern sprach P. K. Rachford, Cincinnati. Diese habituelle Neurose, die auch von manchen Autoren als infantile Masturbation beschrieben wird, besteht in einer Reibung der Genitalien zwischen den zusammengepressten Oberschenkeln, mit der Hand oder gegen einen Fremdkörper. Die Erkrankung befallt vor allem Mädchen wegen der exponierteren Lage ihrer Genitalien und weil letztere bei Mädchen weniger sorgfältig gereinigt zu werden pflegen als bei Knaben. Die Erkrankung kann auftreten im Alter zwischen 4 Monaten und 10 Jahren, so lange die Geschlechtsteile noch nicht entwickelt sind. Dann setzt die wirkliche Masturbation ein.

Unter den ursächlichen Momenten spielt neben der Veranlagung und der Unreinlichkeit auch der vermehrte Säuregehalt des Urins eine wichtige Rolle. Die Behandlung besteht in Fernhaltung jeden Reizes von den Genitalien und in sorgsamer Überwachung des Kindes. Für die Nacht ist es nötig, die Beine durch irgend eine Doppelschiene oder einfacher durch Festheften der Höschen an die Bettunterlagen getrennt zu halten. Die Azidität des Urins wird bekämpft mit benzoesaurem Natron und Belladonnatinktur. Die Behandlung erstreckt sich über Monate und Jahre, ist aber dann auch meist von Erfolg gekrönt. Von 52 gesammelten Fällen sind 25 geheilt, 7 gebessert, 17 nicht behandelt und nur 2 nicht gebessert. —

Über einen Fall von **kongenitaler Stenose des Duodenum** berichten H. S c h a w und L. B a l d a u f - Albany.

Ein kräftiges Kind von 7½ Pfund war auf normale Weise geboren. 15 Stunden nach der Geburt erhielt es warmes Wasser und

erbrach darauf grünliche Flüssigkeit. Das Kind erbrach auch fernerhin nach der Nahrungsaufnahme grünliche Massen, hatte aber auch Stuhlgang. Im Erbrochenen und im Stuhl wurde Galle nachgewiesen. Das Kind nahm immer mehr ab, so dass eine Operation der vermuteten Duodenalstenose nicht mehr gewagt wurde. 13 Tage nach der Geburt starb das Kind und die Autopsie ergab kongenitale Duodenalstenose. Die Ursache solcher Stenosen ist noch ungeklärt. —

Eine Untersuchung der Anfangsstadien **der Osteomyelitis** bei kleinen Kindern mittels Röntgenstrahlen haben Th. Rotch und A. George, Boston angestellt. Die Autoren weisen auf die schwierige Diagnose solcher Erkrankungen hin und raten dringend, sich nicht mit der unsicheren Vermutung, es handle sich um Rheumatismus, zufrieden zu geben, sondern die Kinder durchleuchten zu lassen. 5 gute Röntgenogramme sind abgebildet. —

Die Symptome des **Status lymphaticus** bei Säuglingen und kleinen Kindern schildert J. Howland-New-York an der Hand mehrerer Krankengeschichten und zeigt, wie die Erkrankung oft das Kind in voller Gesundheit überfällt und den Tod herbeiführt, so dass man oft glaubte, das Kind sei von der Mutter im Schlafe erdrückt worden, während in andern Fällen die Erkrankung erst nach mehreren, meist etwa 12 Stunden unter den Erscheinungen ähnlich einer akuten kongestiven Bronchopneumonie zum Tode führt. Die Autopsie ergibt oft eine bedeutende Vergrößerung der Thymusdrüse. —

Über die Theorie der **prozentuellen Säuglingsnahrung und deren Anwendung in der Praxis** sprach H. Dunn - Boston. Er weist darauf hin, dass die Frauenmilch 4 Proz. Fett, 7 Proz. Zucker, 1 Proz. Molkeneiweiss und 0,5 Proz. Kaseinogen enthält, während die nach Art der Frauenmilch zubereitete Kuhmilch zwar auch 4 Proz. Fett und 7 Proz. Zucker, aber 0,3 Proz. Molkeneiweiss und 1,2 Proz. Kaseinogen führt. Wenn der Arzt nun ein krankes Kind in Behandlung bekommt, so ist vorerst die Zusammensetzung der bisherigen Nahrung festzustellen. Dann muss man mit einer entsprechend geänderten Milch beginnen und die Grenze der Zuträglichkeit feststellen, bei der das Kind keine Verdauungsstörung zeigt und das meiste Gewicht ansetzt. Die Zusammensetzung der Milch wird einfach durch Zusatz der entsprechenden Menge vorher hergestellter Molke erreicht. Der Autor warnt vor stärkehaltigen Nahrungsmitteln, wie Hafermehl, so lange das Kind noch nicht das stärkeverdauende Ferment produziert. —

Einige Schlussfolgerungen aus unserer **Kenntnis der Milchprotoide** bringt Th. Southworth, New-York.

Wie aus der Milch durch Labzusatz und Milchsäureentwicklung Käse wird, so geht auch im Magen des Menschen die Verdauung der Milch vor sich, nur dass statt der Milchsäure meist Salzsäure tätig ist. Das im Magen bereits vorhandene Lab, das Pepsin, wirkt nur unter Anwesenheit von Säure, wirkt bei übermässigem Säuregehalt zu rasch und lässt die Milch zu einem dicken festen Klumpen gerinnen, der durch die Peristaltik nicht zerkleinert werden kann und somit unverdaulich ist. Durch Zufügen von zitronensaurem Natron kann man die Milch leichter verdaulich machen; es wird ein Teil der Kalziumsalze durch die Zitronensäure ausgefüllt und die Bildung von zu festen Klumpen geronnener

Milch vermieden. Die Unverdaulichkeit der Kuhmilch für Säuglinge liegt vor allem in dieser zu festen Gerinnung. —

Über die **Beziehung des Rohrzuckers zu einigen Kinderkrankheiten** berichtet H. K o r l e y - N e w - Y o r k . Viele Fälle von Rheumatismus, Erbrechen, Bronchitis, Asthma und Ekzem fuhr der Verfasser auf den übermässigen Genuss von Rohrzucker zurück und glaubt namentlich Respirationskrankheiten durch Zuckerentzug günstig beeinflusst zu haben. —

Über den **Kalorienwert der zubereiteten Milch im Verhältnis zur Säuglingsernährung** sprach M. L a d d von der Harvard-Universität. Er kommt zu dem Schluss, dass die Ernährung des Säuglings in erster Linie von dessen Fähigkeit, die Milch zu verdauen, abhängt. Verfasser hat 20 Fälle in den vier ersten Vierteljahren genau untersucht und stellt für den Kalorienbedarf in diesen 4 Perioden die Zahlen 483, 666, 860 und 1018 auf. —

Die **Notwendigkeit einer grösseren Genauigkeit beim Verschreiben von Stärke als Säuglingsnahrung** erörtert ebenfalls M. L a d d . Er hat Gerstenabkochungen nach Vorschrift verschiedener Autoren hergestellt und einen Prozentgehalt von 0,64 bis 6,00 erhalten. Er schlägt vor einen Prozentgehalt von 3,50 als Ausgangspunkt zu nehmen und empfiehlt, die Kinder frühzeitig an geringe, allmählich steigende Mengen zu gewöhnen. —

Einen **automatischen Milchflaschenwärmer** beschreibt R. F r e e m a n , N e w - Y o r k . Eine zur Milchmenge in bestimmtem Verhältnis stehende Wassermenge wird zum Kochen erhitzt und nach Entfernung der Flamme der mit kaltem Wasser und der milchgefüllten Flasche beschickte Behälter ins kochende Wasser gestellt und zugedeckt. Nach 10 Minuten hat die Milch eine Temperatur von 34,3 Grad C.

(Schluss folgt.)

Aus amerikanischen gynäkologischen Vereinen:

Transactions of the southern surgical and gynecological association. 20. annual session, held at New-Orleans, La., Dezember 17., 18. und 19. 1907. The amer. journ. of obstetr., Febr. 1908.

H o r s l e y hat drei Fälle von perinephritischen Abszessen im Wochenbett operiert; er betont die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose dieser Affektion, da der Erfolg um so besser, je früher eingegriffen wird. Die Therapie besteht in einer breiten Inzision wie zur Nephrotomie und Drainage mit einem möglichst dicken Drän.

Die Vorträge von R o s s e r über Komplikation nach Operationen in der Bauchhöhle und von W i n s l o w über postoperative Peritonitis bringen nichts Neues.

M i l l e r erwähnt, dass unter den postoperativen Störungen akute Magendilatation nicht selten sei. Therapeutisch empfiehlt er nach möglichst frühzeitiger Diagnosenstellung sofortige Entleerung und Auswaschung des Magens sowie eine derartige Lagerung der Kranken, dass ein möglichst geringer Druck auf die Intestina stattfindet.

M a y o empfiehlt zur Entfernung grösserer Tumoren der Blase den transperitonealen Weg: Spaltung der Bauchdecken, der oberen und

hinteren Blasenwand, Entfernung des Tumor, Naht der Blasenwand, des sie bedeckenden Peritoneum und der Bauchdecken.

Nach der Entfernung von Blasensteinen durch suprasymphysäre Kystotomie näht **G o l d s m i t h** sofort sowohl die Blasenwunde als auch die in den Bauchdecken und legt einen Dauerkatheter ein.

Nach **M c M u r t r y** bilden kleinere Fibromyome des Uterus nur selten eine Störung für Schwangerschaft und Geburt, grosse Tumoren in den oberen Teilen des Uterus erfordern nur selten chirurgisches Eingreifen und tiefer gelegene mässig grosse Geschwülste, die sich im kleinen Becken befinden, geben nicht immer ein unüberwindliches Hindernis für die Geburt.

Bei der Leitung der Geburt bei den geringeren Graden des engen Beckens kommen nach **F r y** drei Möglichkeiten in Betracht, nämlich Einleitung der künstlichen Frühgeburt, Kaiserschnitt als Operation der Wahl und wenn die Geburt bereits im Gang ist, spontaner Verlauf, Wendung, hohe Zange, Kaiserschnitt, Symphysiotomie oder Pubotomie und schliesslich Perforation. Es werden dann die einzelnen Operationen besprochen und gegeneinander abgewogen.

Zur Behandlung der diffusen eiterigen Peritonitis empfiehlt **M c G u i r e** die sog. **F o w l e r - M u r p h y**sche Methode, die darin besteht, dass der Patient mit erhöhtem Oberkörper gelagert wird, was man entweder dadurch erreicht, dass er in eine Art von sitzender Stellung gebracht wird, oder noch besser dadurch, dass das Kopfende des Bettes erhöht wird.

B r o w n bringt einige Bemerkungen über Darmchirurgie.

Bei der Hämaturie in der Schwangerschaft kommen nach **B a l l o c h** hauptsächlich zwei ätiologische Momente in Betracht, nämlich Angioneurose und chronische Nephritis, letztere als das häufigere. Kystoskopie und Ureterenkatheterismus sind für die Diagnose von Wichtigkeit. Auf alle Fälle muss die Funktionsfähigkeit der anderen Niere geprüft werden, bevor ein operativer Eingriff gemacht wird. Von therapeutischen Massnahmen kommen in Betracht: Injektion von Adrenalin in das Nierenbecken, Nephrotomie oder Entkapselung der Niere und Nephrektomie.

J 11 bespricht die Symptome, welche die Verkürzung und Schmerzhaftigkeit der Ligamenta lata macht und empfiehlt die grösstmögliche Dehnung in Narkose, bis der Uterus frei beweglich ist, eventl. unter Anfügung einer Dilatation und Ausschabung des Uterus.

H a l l erwähnt einen Fall von Kyste des Pankreas, **H o l d e n** einen Fall von transperitonealer Ureterotomie wegen Uretersteines.

R o y s t e r wendet sich gegen die Gaze als Dränagemittel, da ihre Anwendung mit einer Reihe von erheblichen Nachteilen verbunden sei.

B u r c k h a r d - Würzburg.

Mitteilungen aus der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde zu Wien. No. 4. Sitzung vom 13. Februar 1908.

H o f r a t Prof. Dr. **W e i c h s e l b a u m** demonstriert die anatomischen Präparate von **2 Fällen von Vergiftung mit Kalichloricum**. Beidemal lag Suicidium vor, das einmal waren 100 g, das anderemal 1½ Esslöffel Kal. chloric. genommen worden und hatten

in 36 bez. 10 Stunden zum Tode geführt. Während im 2. Falle, entsprechend dem raschen Verlaufe, abgesehen vom Befunde im Magen nur die charakteristischen Blutveränderungen (Bildung von Methämoglobin und Schrumpfung bez. Ballung der roten Blutkörperchen) zu konstatieren waren, ist es bei der längeren Dauer des ersten Falles zur Anhäufung des Methämoglobins sowie der geschädigten roten Blutkörperchen bez. ihres Zerfallsprodukts in Milz, Leber, Knochenmasse und Nieren — in letzteren auch zur Ablagerung von Methämoglobin in den ausführenden Harnkanälchen gekommen. Ausserdem waren in diesem Falle in den Herzhöhlen und in allen grösseren Gefässen ziemlich kompakte, thrombenähnliche Gerinnsel vorhanden als Folgen einer schweren Zirkulationsstörung und Steigerung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Aus denselben Ursachen ist eine Ruptur der Kapsel und der oberflächlichen Milzsubstanz zu erklären. Endlich fanden sich an der Magenschleimhaut nicht bloss ausgedehnte hämorrhagische Infiltrationen, sondern in der Pars pylorica auch bereits streifenförmige Erosionen und im Fundus eine grössere Anzahl runder Geschwüre.

In der Diskussion wurde allseitig auf die Gefährlichkeit des Kal. chloric. hingewiesen und u. a. gefordert, dass es ganz aus der Pharmakopoe gestrichen werden solle, da z. B. zwar im allgemeinen bei Kindern erst 5—6 g als letale Dosis wirken, aber doch auch tödliche Erkrankung nach Verabreichung von 1,0 g innerhalb 2 Tagen beobachtet worden ist.

Pädiatrische Sektion 5. März 1908. Mitteil. No. 5. DDr. Knöpfelmacher u. Lehnendorff berichten über die Ergebnisse ihrer Untersuchungen des **Komplementbindungsvermögens des Serums von Müttern hereditär-luetischer Säuglinge**. Es wurden 20 Mütter, deren Kinder wegen Lues congenita in Spitalbehandlung waren, untersucht; 14 von ihnen hatten nie Lues überstanden und waren auch nicht spezifisch behandelt worden. Die Wassermann'sche Reaktion ergab in 11 Fällen völlige oder fast völlige Hemmung, in 3 Fällen Hämolyse. Von den übrigen 6 Müttern waren 3 vor längerer Zeit wegen Lues behandelt worden. Das Serum dieser Frauen ergab in einem Falle komplette, in 5 Fällen partielle Hemmung. Aus den bisherigen Resultaten lässt sich schliessen, dass sich das Serum der gesunden Mütter hereditär-syphilitischer Kinder so verhält wie das von Lueskranken. Der naheliegende Schluss daraus, dass die anscheinend gesunden Mütter luetisch erkrankt waren, lässt sich gegenwärtig aus theoretischen Gründen noch nicht ziehen.

Dr. Schick über **Versuche mit Diphtherietoxin**. Vortr. hat das Diphtherietoxin analog wie v. Pirquet das Tuberkulin in die Haut eingepft. Das unverdünnte Toxin gibt keine verwertbaren Resultate, erst ein im Vakuum bei 30 Grad auf den 10. Teil eingedicktes Diphtherietoxin erzeugt eine Kutanreaktion. Die Reaktion ist spezifisch, wie Versuche mit Antitoxinzusatz und passive Immunisierung mit Heilserum beweisen. Die Erklärung der Ergebnisse ist nicht der Pirquetisierung analog. Säuglinge bis zum Ende des ersten Lebensjahres geben geringe Reaktion, ebenso nehmen Intensität und Dauer der Reaktion vom 10. Lebensjahre an deutlich ab. Die stärksten Reaktionen geben 3—7 jährige. Sch. hält die Reaktion nicht einfach für allergisch, da das Diphtherietoxin in genügender Konzentration eine primärtoxische

Wirkung auf die Haut hat; vorläufig kann man die Diphtherie-Kutanreaktion mit der Auffassung Wassermann's erklären, der im Blutserum das Auftreten von antitoxischen Substanzen, die mit steigendem Alter zunahm, nachwies. Danach wäre die Diphtherie-Cutanreaktion ein Massstab für die individuelle Disposition des Organismus zur Erkrankung an Diphtherie.

In der Diskussion erklärt auch v. Pirquet die Schick'sche Kutanreaktion als verschieden von dem Typus der Tuberkulinreaktion. Gegen Tuberkulin, Mallin, Leprolin wird die Reaktionsfähigkeit erst durch Bekanntschaft mit der betreffenden Krankheit erworben, gegen Diphtherietoxin ist schon der unvorbehandelte Mensch reaktionsfähig. Ähnlich wie Diphtherie verhält sich nach v. P.'s neuen Untersuchungen der Typhus. Die praktische Bedeutung der Schick'schen Befunde liegt in der Möglichkeit, das Diphtherietoxin am Menschen selbst auszuwerten und dadurch der Willkürlichkeit der Dosierung ein Ende zu machen.

Sitzung vom 19. März 1908.

Dr. A. Neumann: Über **die in der Tiermilch vorkommenden Ultrateilchen (Laktokonien)**. Diese wurden ausser bei den seither untersuchten 2 Milcharten auch in der Milch der Stute, der Ziege, der Ratte und des Elefantenweibchens gefunden. In der Frauenmilch fehlen diese Teilchen. Die Laktokonien treten bei der Katze erst nach dem Wurf, bei Ziege und Kaninchen schon vorher auf. Verschiedene Brustdrüsen desselben Tieres zeigen ungleiches Verhalten. Aus der Untersuchung über die Natur der Teilchen geht hervor, dass sie Kasein sind. Sie stehen in enger Beziehung zur Gerinnung der Milch. Lab oder Säure bewirken Agglutination bis zum Ausfallen von Flöckchen. In der Frauenmilch muss man erst durch Labzusatz ein Auftreten von Ultrateilchen erzielen, die dann bei übernormaler Azidität ebenso wie bei der Kuhmilch agglutinieren und als Flöckchen ausfallen. Das Optimum der Labung findet sich bei einer Azidität von 10 ccm N/10 HCl auf 100 cm Milch. Dadurch ist der scheinbare Gegensatz zwischen Kuh- und Frauenmilch überbrückt. Ausser durch Lab kann auch durch andre Agentien, einen höheren Säuregrad, Säure u. Hitze, Schütteln mit Äther u. s. w. das Kasein in Teilchenform zur Ausfällung gebracht werden, da es sich in der Frauenmilch offenbar in einem sehr labilen Gleichgewichtszustand befindet.

Dr. Schick berichtet über **ein den Köplik'schen Flecken analoges Frühsymptom der Masern an der Caruncula lacrymalis**. Es erscheint ungefähr zur gleichen Zeit wie die Köplik'schen Flecken und die Caruncula ist dabei aufgequollen, etwas ödematös und die Oberfläche erscheint durch dicht angeordnete im Zentrum weisse Spritzflecken zeigende Knötchen graurot und grieslich. Die übrige Conjunctiva palpebrarum ist wohl gerötet und geschwollen, zeigt aber keine Veränderungen im Sinne Köplik's. Vortr. erinnert übrigens daran, dass die sogenannten Köplik'schen Flecken schon lange vor K. gekannt waren und z. B. schon 1861 von Rheineker und Gerhardt beschrieben worden sind.

Baron - Dresden.



Praktische Mitteilungen und Notizen.

Wehenschwäche.

Zur Beschleunigung einer durch Wehenschwäche verzögerten Geburt gibt man mit Erfolg Chinin, durch welches die Wehen kräftiger und zugleich häufiger werden. In Zwischenräumen von je einer halben Stunde gibt man 3 mal hintereinander ein viertel bis ein halbes Gramm. Man kann Chinin in Oblaten verschreiben oder auch aufgelöst in Milch. In der letzteren Form lässt es sich da, wo die Annahme per os verweigert wird, als Klysma applizieren. (Nach The hospital No. 43, 11. Januar 1908, pag. 398.) — **F r e u d e n b e r g** - Dresden.

B e c k (Pharmakol. Institut Kopenhagen) (Archiv f. exp. Path. und Pharm. 3/4 H. 08) fand, dass durch die **Diuretindiurese** bei Kaninchen eine bedeutende Vermehrung der Phosphorsäureausscheidung hervorgerufen wird. Diese Vermehrung erscheint schon dann, wenn die Diurese erst in geringem Grade zugenommen hat. Der Verf. kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Urteil, dass die Ansicht **Loewis**, die Phosphorsäure befinde sich normalerweise im Blute nicht in echter Lösung, sondern in koloider Bindung, nicht zutreffend sei. —

Über **Goldkorn** wird uns geschrieben:

Ein Nährpräparat, welches die ernsteste Beachtung der Ärzte verdient, ist das mehr und mehr in Aufnahme kommende mehlartige Malzpräparat „Goldkorn“ der Nahrungsmittelfabrik **Pfister, Mayr & Co.** in München. Hergestellt rein aus Malz ohne Beimengungen irgend welcher Art, zeichnet es sich durch hohe Nährkraft, leichteste Verdaulichkeit und Wohlgeschmack aus. Die Analyse nach **Fresenius** ergibt:

Wasser 1.40, Fett 1.10, Mineralstoffe 1.18, Eiweisskörper 11.17 (darunter 8.58 verdauliche), Kohlehydrate 84.52 (darunter in Wasser lösliche 77.44 und nur 2.19 Stärke) und Rohfaser 0.63. Die Verwendungsmöglichkeit des Goldkorn ist eine vielseitige. Es dient als Nahrungsmittel für Säuglinge, wobei es eventl. namentlich in der heissen Jahreszeit bei Brechdurchfall gute Dienste leistet, während es bei Darreichung an stillende Mütter die Milchsekretion erhöht, als Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene mit schlechtem Ernährungszustand, bei Darmerkrankungen oder bei Kräftezerfall infolge akuter oder chronischer Erkrankungen. Der angenehme Geschmack hat zur Folge, dass das Nahrungsmittel gerne genommen wird. Der Preis ist ein billiger, M. 1.50 für die Glaspackung von 400 g Inhalt.

Feuilleton.

Zur Frauenfrage.

Von Dr. Mensinga senior,
Flensburg und Bad Reichenhall.

Ich bin mir bewusst, dass, solange ich als Arzt tätig gewesen, als Frauenarzt gewirkt und als solcher meine Ansichten in die Welt geschickt, diese stets unauflöslich verbunden waren mit dem Gefühle der grössten Hochachtung vor dem weiblichen Geschlecht, dass ich das Weib nicht nach altjüdischer Sitte (laut alten Testaments, das noch heute an allen Ecken und Winkeln auf Schritt und Tritt uns anklebt), betrachtet habe als Hörige, sondern als erhabene Ebenbürtige, als Gleichberechtigte mit dem Manne (nach der neuen Lehre Jesu), und dass ich das Schicksal des Weibes, das bislang noch unter dem Drucke jener Hörigkeit geseufzt hat, zu befreien, höher zu stellen suchen müsse, dass das Weib unsere Allmutter, und wo immer unter den Schutz der stärkeren Hand zu stellen sei.

Kann das Weib nicht in allen Teilen die Fähigkeiten des Mannes aufweisen, ist es deshalb nicht minderwertiger, denn dafür hat es wiederum Fähigkeiten in sich, die niemals von einem Manne zu erreichen wären; es ist demnach in seiner Art *w e n i g s t e n s* vollständig gleichberechtigt zum freien Dasein, wie es als solches auch gezeugt wurde.

Seine Fähigkeiten und seine Tätigkeit liegen zwar auf einem anderen als dem männlichen Gebiete, ergänzen die beträchtlichen Lücken dieses aber in der vollkommensten Weise zu einem harmonischen Weltganzen, wie die Naturwissenschaft, die ganze Natur es uns lehrt auf allen Gebieten.

Wenn ich dornenvolle Wege in diesem meinen Bestreben oft gegangen bin, so bin ich dessen nicht müde geworden, weil ich von der inneren Wahrheit des Erstrebten vollkommen überzeugt bin. Ich habe daher viele Feinde mir erworben, — aber im Kampfe stählt sich der Mut. Im Nachfolgenden eine weitere Ausführung.

Ein gleichalteriger Jugendfreund, Studiengenosse und Arzt, hat sich nie zu meinen Grundsätzen bekennen können (er ist unbeweibt) und hat mir oftmals Vorhaltungen gemacht; doch hat unsere Freundschaft nicht dadurch gestört werden können, indem wir auf anderen Gebieten freudig und treu an einem Strang gezogen.

Er wirft mir vor, dass ich Dinge ans Licht gezogen, die besser niemals in die Erscheinung gekommen, die in der Verborgenheit mit Stillschweigen zu übergehen gewesen wären. Unsere Korrespondenzen über die intimeren Verhältnisse zwischen Mann und Weib bewegten sich meinerseits mehr angreifend, seinerseits konsequent abwehrend (konservativ), indem er mir vorhielt, dass ich mit meinen Grundsätzen Entvölkerung bringe da, wo ich Hygiene, — geringere Sterblichkeit will, Entsittlichung lehre da, wo ich moralische Auf-

klärung, sittliche Höherstellung will; wenn er auch z. B. einräumt, dass es Fälle gäbe, wo Befruchtung und Schwangerschaft dem Weibe Bedrängnis und Tod bereiten könne, so dürfe man doch die Mittel, um solchem Verhängnis aus dem Wege zu gehen, nicht angeben, weil Missbrauch damit getrieben werden könne! — wird aber z. B. nicht mit Morphinum schwerer Missbrauch getrieben? trotzdem es kein Arzt entbehren möchte; wird nicht mit Alkohol Missbrauch getrieben? trotzdem mein Freund ihn nicht entbehren möchte. Ein Mittel, das nicht missbraucht werden kann, taugt überall nichts; es kommt nur darauf an, dass man erstreben solle, die Menschheit moralisch höher zu stellen, dass sie Mässigkeit übe in allen Dingen genau im Sinne des Altvaters Hippokrates; mit solchen Bestrebungen befinde ich mich in guter Gesellschaft.

Um unsere fraglichen Korrespondenzen zu schildern, führe ich beispielsweise an, wie wir uns verhalten und welcher Unterschied besteht zwischen seinen und meinen wissenschaftlichen Anschauungen. Ich legte ihm in gegebener Veranlassung folgende Fragen vor:

- I. Ist 1. der sterilisierte eheliche Koitus minderwertiger als 2. der Koitus mit der Graviden, mit der Prostituierten, der Geliebten oder der fremden Gattin? (allbekannte Dinge!)
- II. Ist ersterer deswegen als unmoralisch, im weiteren Sinne, also auch als staatswidrig zu unterdrücken, zu bekämpfen?
- III. Wenn aus Staatsraison der eheliche Koitus lediglich der Proliferation dienen soll, warum verhindert der Staat dann nicht die zweite Kategorie?
- IV. Wenn die Zeugung allein Ziel der Staatsraison ist, warum werden dann (unter Umständen — uneheliche) Zeugungen bestraft? (z. B. mit Amtsentsetzung usw.).
- V. Wären demnach die *puellae publicae*, deren beste Kunden bekanntlich die Ehemänner sind, nicht staatsseitig auszurotten?

Anstatt der Beantwortung der Fragen erhielt ich ein höchst charakteristisches Schreiben wie folgt:

„Mein lieber Freund, auf diesem Gebiete bewege ich mich ungern. Ich bedaure überhaupt, dass dieses Thema, welches seiner ganzen Natur nach delikat und diskret^{1)*)} behandelt werden sollte, viel zu oft in der Öffentlichkeit bearbeitet wird.² Ja, man geht sogar so weit zu verlangen, dass Eltern ihre Kinder und Lehrer ihre Schüler über geschlechtliche Vorgänge aufklären sollen³). Hoffentlich tun anständige Leute⁴) dieses nicht, und haben es auch nicht nötig, denn die Mädchen der ersten Klasse und die Primaner wissen von diesen Dingen meistens schon mehr als genug⁵). Und glaubt man denn durch die bedauerliche Preisgebung aller Schamhaftigkeit⁶) etwa die Sinnlichkeit zu vermindern?⁷). So lange die menschliche Natur bleibt, wie sie ist, wird der Geschlechtstrieb seine Äusserung verlangen, und da bieten doch die *Puellae*⁸) eine viel geeignetere Aushilfe als die anderen unter I genannten Varietäten⁹).“

Die Ärzte, welche glauben, in medizinischen Journalen unbe-

*) Diese Zahlen beziehen sich auf die nachfolgende Besprechung.

merkt¹⁰⁾ arbeiten zu können, irren sich in unserer Zeit doch gewaltig, denn jeder pikante Artikel gelangt sehr bald in die Tagespresse¹¹⁾ oft durch gefällige ärztliche Korrespondenten¹²⁾, und wird dann von den Journalisten weiter verbreitet, vielleicht ganz gegen die Absicht der Autoren¹³⁾. Die Ärzte, welche dieses Gebiet öffentlich behandeln, treiben mit heilig sein sollenden Dingen¹⁴⁾ ein gefährliches Spiel, und werden von der Mehrzahl ihrer Kollegen bedenklich kritisiert¹⁵⁾ (dieses konnte ich mir zu Gemüte ziehen).“

Ich zweifle nicht daran, dass ein grosser Teil Kollegen, die der heutigen Zeitströmung gegenüber, den in allen Blättern, mögen sie Richtung haben wie sie wollen, ventilierten sexuellen Fragen gegenüber den Vogel Strauss spielen, obige Zuschrift pure unterschreiben würden. Es ist ja zu bequem und keine geistige Anstrengung bedürftend, in alten ausgefahrenen Geleisen sich weiter zu bewegen, dass man aber längs diesen Geleisen so allgemach in den Sumpf geraten ist, will man nicht wahr haben. Es ist allenfalls gar herrlich, dann von sich zu sagen: ich wasche meine Hände in Unschuld! Aber Licht und Wahrheit werden darüber zu Grabe getragen.

Nun zu den im Schreiben annotierten Stellen:

1. delikate und diskret, was hat der Mann der Wissenschaft in seinem sittlichen Ernst darunter zu verstehen? dass er etwa nicht das Seziermesser legen soll an schädliche Auswüchse, oder sich verhüllen solle vor der Nacktheit der Wahrheit? Ich weiss es nicht; mir kommen diese beiden Schlagwörter vor als Deckung für männliche Gemütsroheit.

Da les' ich z. B. in der Zeitschrift, von einem russischen Arzte beschrieben, 3 Fälle von Ruptura vaginae ex impetu coeundi, deren Entstehung, Schlüsse, Folgen und Behandlung; sollte er diese Publikation eigentlich haben unterlassen müssen, weil zu undelikat oder zu indiskret? — oder in der Tageszeitung: vor einigen Jahren den plötzlichen Todesfall einer jungen süddeutschen „herzensguten, engelreinen“ Prinzess — an Herzschwäche im Wochenbett vom 6. Kinde, erzielt in kaum 6 jähriger Ehe! — oder die bedenkliche Rühmung eines italienischen Prinzen, der 21 Kinder gezeugt mit 2 Frauen, — mit der ersten 9, mit der zweiten 12, worüber die armen Weiber aber an Erschöpfung zu Grunde gegangen sind, so dass den Kindern das teuerste unersetzbarste Gut ihres Lebens — das Leben der Mutter, genommen wurde. — Nun vom Palast zur Hütte: ich lese in einem bayrischen Provinzialblättchen dieses Jahres „In Jechling bei Anger ist die dortige Peterbäuerin Therese Horn, erst 32 Jahre alt, im Wochenbett infolge Herzlähmung plötzlich gestorben. Sie hinterlässt einen tiefbekümmerten Gatten und 10 unversorgte Kinder.“ — Das ist „Gottes Fügung“, heisst es dann wohl; ist aber die vorabgegangene männliche Gemütsroheit dann auch „Gottes Fügung“? — Eine delikate Frage, nicht wahr? — Man scheint nicht übel Lust zu haben, mit solchen privilegierten Lustmördern noch Mitleid zu — heucheln, während ja doch nur die bedauernswerten Kinder innig zu bemitleiden sind, weil ihre Zukunft

unsagbar schwer gefährdet ist; der Mann tröstet sich bald wieder mit frischer Ware feminini generis — doch — das auszusprechen, ist zu delik特 — zu diskret!

2. was hätte die Öffentlichkeit damit zu tun; dass dieser allerdings nichts heilig ist, und nichts sicher ist vor Hervorzerrung, haben wir ja zum Überdusse an den „Homosexuellen“ und anderen tagtäglich in den Zeitungen möglichst breit getretenen Ehebruchdramen der Neuzeit erlebt. — Ich kann es nicht ändern, bin aber auch nicht schuld daran!
3. Aufklärung der Kinder, Schüler; da lese man die Ziele und Bestrebungen der offiziellen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (voran Albert Moll) und deren Anordnung zur Aufklärung der Abiturienten und Abgänger von anderen Schulen — in sexueller Beziehung, um einem gewaltigen, immer weiter wuchernden Übel zu steuern. Manchem erscheint solches aber trotzdem als ein Greuel!
4. Anständige Leute; es gibt viele Leute, die äusserlich anständig erscheinen, es innerlich aber nicht sind, die Prüden z. B., es gibt aber auch Leute, die innerlich anständig sind, obgleich sie nicht danach aussehen. — Heuchelei hier und überall, so weit die „Kultur“ reicht . . . Wer täglich zur Kirche geht, ist damit noch nicht innerlich fromm, — das weiss man — aber man spricht nicht darüber, das ist zu delik特.
5. Die Primaner und die Mädchen erster Klasse wissen schon mehr als genug; das mag ja sein, aber alles in einem überspannten Lichte aus unsauberer Quelle, so dass der klare Blick ihnen getrübt ist, und es dadurch gar leicht geschehen kann, dass sie auf Abwege geraten, weil der offene und ehrliche, sachgemässe und wahrheitsgetreue Warner ihnen gefehlt hat. Was eine aufklärende Warnerstimme da zu leisten vermag, habe ich mehrmals zu erfahren die Freude gehabt.
6. Preisgebung aller Schamhaftigkeit; was hat das Studium der Natur, das wohlgeleitete, zielbewusste, wissenschaftliche Eindringen in natürliche Lebensvorgänge mit der Schamhaftigkeit zu tun? M. E. kann solches Studium, das Erkennen der Wahrheit, das Erblicken des reinen Lichtes die wirkliche Schamhaftigkeit nur fördern und zarter gestalten, die falsche Prüderie beiseite schieben, besonders Jünglinge anspornen zu einer grösseren Hochachtung des Weibes, welche man leider nur zu oft und zu sehr schmerzlich vermisst.
7. Die Sinnlichkeit vermindern; durch eine edlere Auffassung wird solche, wenn auch dem Grade nach nicht gemindert, so doch dem Inhalte nach in edlere Bahnen gelenkt, das Gemeine entfernt, die Lust der Sinne weniger materiell, sondern mehr ideal gestaltet.

8. **Geschlechtstrieb und puellae publicae**; in diesem Punkte bin ich nicht bewandert genug, um da ein massgebendes Urteil abzugeben. Ich weiss nur, dass die Puellae der grossen Mehrzahl nach ursprünglich vom Mannsvolk verführt und betrogen wurden.
9. Die anderen unter I genannten Varietäten; soll man sich vor dem tatsächlichen Vorhandensein dieser und deren Folgezuständen die Augen verschliessen, den Vogel Strauss spielen? auch wenn sie für die Betätigung des Geschlechtstribs weniger „geeignete Aushilfe“ seien als die puellae?
10. **Ärzte, weiche glauben**, „unbemerkt“ arbeiten zu können; der arbeitende sittlich ernste Arzt braucht nicht unbemerkt (im Dunkeln) zu arbeiten, das Tageslicht zu scheuen, er darf und soll seine Lebenserfahrung dem Gemeinwohl zum Besten geben, auch er soll Licht und Wahrheit verbreiten helfen, und das tut er, wenn er seine Erfahrung in der Fachpresse niederlegt zur Beherzigung und Belehrung für andere Gleichgesinnte und Gleichgestellte.
11. Die (anständige) Tagespresse, weiss, Gott sei Dank, noch sehr wohl zu unterscheiden zwischen lasziven Redensarten und ernster Ermahnung, aus welcher letzteren „pikante Artikel“ zu konstruieren ihr doch wohl schwer fallen dürfte. Nach meiner bisherigen Beobachtung muss ich sie dessen auch moralisch nicht für fähig halten.
12. **Gefällige ärztliche Korrespondenten**; warum heisst es da nicht besser: unflätige — Korrespondenten? welche den dito Journalisten (und was für welche) zu Liebe
13. Die Absicht der Autoren absichtlich und wissentlich verdrehen. Jene beiden sind keines Schusses Pulver wert, und ausser Rechnung zu stellen. Gegen Schlachtfeldhyänen und Leichenschänder sucht man vergeblich genügenden Schutz.
14. **Heilig sein sollende Dinge**; also ein religiöses Moment soll hier zur Stütze hineingetragen werden! — Als Galilei den Kreislauf der Erde bewies, wurde ihm aus „religiösen“ Grundsätzen der Bannfluch zu Teil; er griffe die Heiligkeit der bisherigen Lehren, heilig sein sollende Dinge an. — Für mich ist grundsätzlich und einzig heilig: **das Weib**, seine Hochachtung zu propagieren, alle die Sumpfacken, welche dieser Absicht entgegenstehen, von Grund aus (ätiologisch) zu beleuchten, um klar zu schauen, wo man die Hebel zum Besseren ansetzen müsse. Für mich bedeutet das kein gefährliches Spiel, sondern eine zwingende Notwendigkeit. Auch ich möchte das gefallene Weib nicht steinigen, wie es vor 2000 Jahren Gebot war, wie auch noch heute. Die Sitten und Gebräuche, wie sie vor 1900—2000 Jahren im fremden Land massgebend waren, und auch noch heute

hier sich breit machen, sind unfrei, undeutsch, denn die Verehrung, die das Weib, die Krone des Hauses, bei den alten Germanen genoss, ist schmähtlich durch fremdländischen Kultus — fälschlich christlich genannt — unterdrückt; — wer mir

15. unter den Kollegen meine Bestrebungen zur Veredelung bedenklich kritisieren will, — er mag es tun, — Licht und Wahrheit werden dadurch nimmer verdunkelt werden. An meiner Person liegt mir nichts.

Weil jenes kollegialische Schreiben so ganz typisch ist, für eine noch vielfach herrschende autoritative Anschauung, wie sie aus dem finstern Mittelalter zu uns herüber gekommen ist, konnte ich es mir nicht versagen, dasselbe anatomisch zu zerlegen zu Nutz und Frommen aller derer, die gerne klar schauen und unentwegt einem erhabenen Ziele: wiederum ein echtes deutsches Weib, voller Keuschheit, aber ohne fremdländische Prüderie auf den Sockel zu heben, zustreben möchten.

Flensburg, im März 1908.

Bücher für Kranke.

Ein schönes Buch ist jedermann erwünscht. Niemals aber wird es herzlicher begrüßt, als wenn es einem Kranken oder Genesenden gereicht wird, um ihn über Stunden stumpfer Langeweile oder verdrossenen Grübelns hinwegzubringen. Statt sich trostlosen Gedanken hinzugeben, wird der Leidende, der von der Aussenwelt abgeschlossen ist, durch Lektüre guter Bücher in frohere Stimmung versetzt. Statt allen möglichen Folgen seiner Krankheit nachzusinnen, lässt er sich an der Hand eines Dichters in sonnige Gefilde und in eine schönere Zukunft führen. Und dadurch wird auch seine Heilung beschleunigt: wissen wir doch, in welcher hohen Masse die Stimmung eines Kranken dazu beiträgt, seine Wiederherstellung zu unterstützen oder zu verlangsamen.

Damit aber die Bücher auch wirklich als Heilmittel dienen können, ist es nicht nur notwendig, dass sie gut sind — sie müssen auch richtig ausgewählt sein. Trauerspiele oder dichterische Werke, die schwere seelische oder äussere Lebenskämpfe schildern, würden den meisten Kranken schaden und weit entfernt sein, einen heilenden Einfluss auszuüben. Die Büchereien der Krankenhäuser müssen dafür besonders geeignet sein (d. h. zu dicke Einbände müssen in 2 oder 3 Teile zerlegt werden). Die Einbände müssen sauber abwaschbar sein. Sie müssen biegsam sein, damit man möglichst das ganze Buch über den Rücken umschlagen kann, sodass der Kranke es mühelos mit einer Hand zu halten vermag.

Dieser Aufgabe will sich die Deutsche Dichter-Gedächtnis-Stiftung in Hamburg-Grossborstel widmen, deren Zweck es ist, „hervorragenden Dichtern durch Verbreitung ihrer Werke ein Denkmal im Herzen des deutschen Volkes zu setzen“. Obwohl sie erst seit wenigen Jahren besteht, hat sie doch an kleine Volksbibliotheken bereits über 100 000 Bücher abgegeben. Nur kann die Stiftung ihren Plan, Krankenhäuser und Heilstätten mit guten Büchern zu versehen, aus eigenen Mitteln noch nicht ausführen. Eine hochherzige Spende der Jakob Plaut-Stiftung in Berlin im Betrage von 5 000 Mark hat aber den Grundstock für die Möglichkeit der Ausführung des Gedankens gegeben, und von verschiedenen anderen Seiten hat die Stiftung weitere Summen im Betrage von etwa 2 700 Mark für den gleichen Zweck erhalten.

Indessen sind noch viel grössere Mittel notwendig, um mit der Ausführung des Planes beginnen zu können. Bestehen doch allein im Deutschen Reiche etwa 6 500 Krankenhäuser und Heilstätten mit zusammen etwa 400 000 Betten. Jährlich gehen etwa 3 Millionen Kranke durch diese Anstalten. Für viele von ihnen ist die dort verbrachte Zeit die erste nach längerem Zwischenraum, in der sie zur Selbstbesinnung und zur Ruhe kommen. Gute Bücher werden daher hier die tiefste Wirkung tun. Jeder, der sich durch eine Spende — gleichviel in welcher Höhe — an diesem menschenfreundlichen Werke beteiligt, kann des Dankes vieler „Mühseligen und Beladenen“ gewiss sein. Beiträge werden erbeten an die Deutsche Dichter-Gedächtnis-Stiftung in Hamburg-Grossborstel mit dem Vermerk: für die Krankenhaus-Spende.



Literatur.

Ahlfeld, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. F., d. prakt. Arzt u. d. Händegefahr m. 8. Taf. (Sammlg. klin. Vorträge begr. von R. v. Volkmann N. F. Nr. 492—493.) Leipzig 08, J. A. Barth.

Subkr. Pr. 0,50, Einz.-Pr. 0,75

David, Erna, Beitrag zur Atmokausis uteri. Diss. Freiburg 08.

Herff, Prof. Dr. O. v., im Kampfe gegen d. Kindbettfieber, e. Mahnwort an Ärzte. (Sammlg. klin. Vorträge begr. v. R. v. Volkmann. N. F. Nr. 487.) Leipzig 08, J. A. Barth.

Subkr. Pr. 0,50 Einz.-Pr. 0,75

Leopold, Geh. Med.-Rat Dir. Prof. G., u. Ass. Theod. Leisewitz, DDr., geburtshilf. Röntgenatlas, 100 Taf. i. Lichtdruck m. begl. Text, deutsch, englisch, französisch. (1. Lfg.) Dresden 08, von Zahn & Jaensch.

10,00.

Martin, Dr. A., Überblick, über die Entwickl. d. modernen gynäkol. Operationstechnik, Vortrag. (Sammlg. klin. Vorträge, begr. v. R. v. Volkmann N. F. Nr. 496.) Leipzig 08, J. A. Barth.

Subkr. Pr. 0,50, Einz.-Pr. 0,75

Pfannenstiel, Geh. Med.-Rat. Prof. Dr. J., über abdominale und vag. Kōliotomien, eine vergleichende Studie über den Wert und die Leistungsfähigkeit beider Operationen nebst Bemerkgn. zur Indikationsstellg. und Technik. (Sammlg. klinischer Vorträge, begr. v. R. v. Volkmann N. F. Nr. 488.) Leipzig 08, J. A. Barth.

Subkr. Pr. 0,50, Einz.-Pr. 0,75

Ribes, H., le dynamomètre dans la pratique du forceps au détroit supérieur. Paris 08, Maloine.

2,50

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza.

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Aerzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg, Frauenarzt in Dresden.

Erscheint am dritten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 18 Mk. direkt unter Kreuzband 18 Mk 80 Pf., für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 20 Mk. für's Ausland einzelne Hefte 2 Mk. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

Heft 10 (274).

Leipzig, 16. Oktober 1908.

XXIII. Jahrg.

Inhalt: Originalien: **Freudenberg**, Die gonorrhoeische Infektion bei der Frau. 434. — **Freudenberg**, Über gewisse Missbildungen und Entstellungen im Gesicht und an den Kiefern des Foetus im Uterus oder bei der Geburt. 436. — Referate über Frauenheilkunde: **Brothers**, Zwei Fälle von Pseudohermaphroditismus. 440. — von **Tussenbroek**, Verdoppelungen und Atresien des weiblichen Genitalapparats. 441. — **Grad**, Obliterating thrombosis. 441. — **Knipe**, Vesico-uterine Fistula. 441. — **Reclus**, Eine Vesikovaginalfistel. 442. — **Hitschmann und Adler**, Bau der Uterusschleimhaut des geschlechtlichen Weibes. 442. — **Weisswange**, Frage der Atmokaussis. 444. — **Gallatia**, Mittelhochlagerung und Staffeltamponade. 444. — **Wernitz**, Vorschlag Zweifels zur Verhütung von Wochenbetterkrankungen. 445. — **Knapp**, Entfernung von Quellstiften. 445. — **Slessa**, Santyl. 446. — **Hitschmann und Adler**, Dysmenorrhoea membranacea. 446. — **Pilly**, Lysolvergiftung. 447. — **Schücking**, Instillation mit Natriumsaccharat-Kochsalzlösungen. 447. — **Klinkenberg**, Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit. 447. — **Reclus**, Gebärmuttervorfall. 449. — **Grouven**, Spirochaete pallida. 449. — **Hopffner**, Extractum Digitalis depuratum. 450. — **Löwy und Glaser**, Sind Gallensteine in der Galle löslich. 451. — **Fischer**, Ein Doppelscheidenspiegel. 451. — **Plass**, Behandlung der Bartholinitis. 452. — Referate über Geburts- und Säuglingspflege: **Fleux**, Extraterine abdominale Schwangerschaft. 452. — **Link**, Akzidentelle Herzgeräusche. 455. — **Seltz**, Follikelreifung und Ovulation. 455. — Beziehung der Schwangerschaft zu Fibromyomen. 455. — **Northrup**, Hemothorax. 456. — **Cukor**, Extraktion nach A. Müller. 457. — **Bitlings**, Subcutaneus emphysema following. 458. — **Fleux**, Heilung zweier Fälle subperitonealer Uterusruptur. 458. — **Osterloh**, Behandlung der Eklampsie. 460. — **Derlacher**, Lebensfähigkeit Neugeborener. 461. — **Rindfleisch**, Dammschutz. 461. — **Nacke**, Dammschutz. 461. — **Bauer**, Geburt eines ungewöhnlich grossen Kindes. 462. — **Ziegenspeck**, Querstand der Gesichtslage. 463. — **Lunckenbein**, Vaginaler Kaiserschnitt. 463. — **Schickels**, Erweiterung des engen Beckens. 464. — **Schmidt**, Der kreisende Uterus. 464. — **Czyzowicz**, Kaiserschnitt. 465. — **Raffaelli**, Enteritis follicularis. 465. — **Davis**, Myxedema. 467. — **Brewitt**, Oberarmbrüche Neugeborener. 467. — v. **Stark**, Ernährung mit abgesogener Muttermilch. 468. — Rezensionen: **Zangemeister**, Frontaler Gefrierdurchschnitt durch die Beckenorgane. 468. — **Fürst**, Vademecum. 469. — **Klotz**, Der Mensch ein Vierfüssler. 470. — v. **Hovorka**, Vergleichende Volksmedizin. 471. — **Weber**, Notizbuch eines Berliner Frauenarztes. 472. — **Baron**, 25 Merkblätter. 472. — **Hirschfeld**, Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen. 472. — **Nassauer**, Gebirge und Gesundheit. 473. — **Bloch**, Vom Tode. 473. — Ärzte und Patienten. 474. — **Brünling**, Geschichte der Methodik. 474. — **Schlagintweit**, Bad Brückenau. 475. — **Ziegelroth**, A-B-C für junge Mütter. 475. — **Schill**, Dr. G. Beck's therapeutischer Almanach. 475. — Referate aus ärztlichen Gesellschaften. 476. — Praktische Mitteilungen und Notizen. 479. — Literatur. 480.

Nachdruck bedarf der Genehmigung des Verlegers — Referierung mit Quellenangabe erbeten. — Sonderabdrücke verboten.

Die gonorrhoeische Infektion bei der Frau.

Von Dr. J. Mc. C a n n.

(The hospital, 9. November 1907, pag. 133.)

Deutsch von Dr. F r e u d e n b e r g - Dresden.

(Schluss.)

Pruritis, infolge von Tripper, ist eine sehr störende und hartnäckige Krankheitserscheinung. Stösst man bei einer verhältnismässig jungen Frau auf eine Pruritis, die durchaus nicht weichen will, so erscheint der Fall dringend tripperverdächtig. Die entzündeten Flächen müssen nach gründlicher Reinigung von Schleim mit einer Schutzdecke von Lanolin, Vaseline, oder Bismuth überzogen werden. Das letztere wirkt ausgezeichnet, nicht nur als Streupulver, sondern auch als Salbe in Verbindung mit Lanolin bei allen Irritationen dieser Körperstelle.

Vaginitis und Endozervizitis.

Gesetzt den Fall, wir stünden vor einer Erkrankung an akuter Gonorrhöe. Dann schickten wir die Patientin ins Bett und liessen sie darin bleiben. Unter allen Umständen sind Spirituosen, Wein, Bier etc. zu vermeiden und nur diluierende Getränke gestattet. Den Leib öffne man eventuell mit Abführmitteln und bei lebhaftem Schmerz wende man etwas Morphinum an. Das Sekret entferne man durch eine Abwaschung mit warmer Borsäurelösung und reinige die Scheide mit Watte, nicht mit einem Schwamme. Das akute Stadium geht gewöhnlich innerhalb dreier Tage vorüber. Jetzt gilt es, das Gift zu zerstören. Vorher aber erlaube man der Patientin nicht, dahin zu wirken, da das akute Stadium abgelaufen sein muss. Die Vornahme selbst geschieht durch Auswaschen der Scheide mit starkem Karbol im Fergusson'schen Spekulum. In dieser Weise bringt man den Gonokokkus zum Absterben, und ich trage kein Bedenken, zu behaupten, dass jeder Fall von Tripper binnen 4 Wochen heilbar ist. Das von mir angewendete Karbol ist das Acidum carbolicum liquefactum B. P., nicht das aufgelöste kristallinische Karbol, welches etwas zu stark ist. Da es sich um ein korrosives Mittel handelt, muss es mit Intelligenz appliziert werden, sonst würde man Verätzungen herbeiführen. Nur die Oberfläche darf damit leicht überfahren werden. Man führt ein Fergusson'sches Spekulum ein und legt ein Stückchen Watte auf, um die Analgegend zu schützen. Dann fasst man ein ferneres Stückchen Watte mit einer langen Pinzette, taucht es in das Karbol und quetscht es, um es vom Überschuss zu befreien, mit einer zweiten Pinzette gründlich aus. Nunmehr führt man den Bausch durch das Spekulum ein und wischt die Oberfläche der Scheide aus, so dass sich diese weiss verfärbt. Vor jedem Übermass muss man sich dabei sorgsam hüten. Wenn man mit der Karbolapplikation innehält, sobald man an den Scheideneingang gelangt, wird kein Schmerz verursacht. Ich habe gelegentlich bei dieser unmittelbaren Behandlung am nächstfolgenden Tage unangenehme Nebenwirkungen gesehen, nämlich eine heftige Anschwellung. Ge-

wiss kann man, wenn man Karbol oder ein anderes Ätzmittel anwendet, der Patientin schaden; es ist jedoch dann des Arztes Schuld und nicht die Schuld der Methode. Es darf, wie gesagt, nur die Oberfläche berührt werden. Wird eine Anschwellung hervorgerufen, so war entweder das Karbol zu stark oder es wurde zu massenhaft appliziert. Um zu verhüten, dass ein Überschuss in die Scheide träufelt, ist es praktisch doppelt Cyanidgaze einzuführen. In schwereren Fällen muss man zweimal in der Woche solche Auswischungen vornehmen, für gewöhnlich genügt wöchentlich eine einmalige Bepflegung. Doch lassen sich hierüber keine feststehenden Regeln aufstellen. Sollte die Applikation jedoch eine bemerklichere Schwellung herbeiführen, so überlasse man die Kranke sich selber und erneuere die Behandlung erst nach dem Verschwinden der Schwellung. Wenn man bedenkt, wie leicht sich vermittels des Spekulum der Ansteckungsstoff bei der Frau zum Absterben bringen lässt, so erscheint es geradezu erstaunlich, dass diese Methode nicht viel allgemeinere Annahme gefunden hat. Vielfach gibt man heute noch der Frau den Irrigator in die Hand und überlässt alles Weitere ihr selbst. Die Folge davon ist, dass es ihr schlecht und schlechter geht, und die Zahl der Tubenkomplikationen leider so ungeheuer anschwillt.

Manche Ärzte bedienen sich des Sublimates, entweder in einer Stärke, von 1 : 1000 oder 1 : 500, aber man muss sich dabei erinnern, dass es sich um ein stark wirkendes Gift handelt und jedes Zuviel sollte in der Scheide vermieden werden.

Bettruhe ist sehr wichtig bei der Behandlung derartiger Kranken, jedoch auf diejenige Klasse von Patientinnen beschränkbar, die sich anders vernünftigen ärztlichen Weisungen entsprechend nicht verhalten. Wenn sich der Zustand bessert, so erscheint es praktisch, sich für die ferneren Applikationen einer Mischung von gleichen Teilen von Karbol und Glycerin zu bedienen und ausserdem ein Suppositorium in die Vagina einführen, welches aus Bismuth. subnitric. 0,6 und Ol. theobrom. 7,50 besteht. Man lässt dasselbe, während die Patientin zu Bett liegt, sich auflösen.

Neben der Auswischung der Scheide kann man auch die Zervix austupfen; dabei aber darf man die Playfair'sche Sonde nie tiefer als einen Zoll einführen. Das Uteruskavum und den Uteruskörper muss man unbedingt in Ruhe lassen. Sowie man kurettiert, bekommt die Patientin eine Salpingitis. Örtliche Verletzungen scheinen die Infektion in einer unglaublichen Weise zu fördern. Bei tubaren Störungen sollte man sein Möglichstes tun, um eine Operation in solchen gonorrhoeischen Fällen zu umgehen. Es ist jetzt unwiderleglich festgestellt, dass derartig erkrankte Eileiter und Eierstöcke unter entsprechender Behandlung heilen können. Aber welche Therapie ist hier zu wählen? Jodkali scheint einen wunderbar günstigen Einfluss auf Tripperfälle auszuüben und desgleichen Quecksilber in kleinen Dosen.

Eine weitere Notwendigkeit ist zeitweiser Abbruch der ehelichen Beziehungen, das häusliche Problem, das schwerste Problem in der ganzen Praxis. Darum muss man die Armen ins Hospital und die Wohlhabenden in die Bäder schicken, damit ihnen sexuelle Ruhe zu-

teil wird. In vielen derartigen Fällen findet eine beständige Wiederinfizierung statt und man behandelt ganz zweck- und erfolglos Mann und Frau. Sechs bis acht Wochen völliger ehelicher Abstinenz sind erforderlich, um die Heilung nicht illusorisch zu machen. Viele Fälle verschlimmern sich trotz der Behandlung, statt sich zu bessern, nur weil die sexuelle Ruhe fehlt.

Im Anschluss an das Obige kann man auch noch Gegenreize setzen, äusserlich und innerlich. Innerlich durch Bepinseln der Fornizes mit Jodtinktur, was die beste Behandlung ist; äusserlich mit gleichen Teilen von Jodtinktur und Lanolin oder irgend einem andern Gegenreizmittel. Bezüglich der Scheidenduschen ist zu bemerken, dass, wenn man in gewissen frühen Fällen warme Ausspülungen verordnet, die Patientin wahrscheinlich Pyo-Salpingitis bekommen wird, so dass man sehr vorsichtig unterscheiden muss, in welchem Zustand sich eine Salpingitis befindet. Steht dieselbe noch in einem frühen Stadium, so ist sie sehr zum Vereitern geneigt. Befindet sie sich aber im chronischen, adhäsiven Stadium, so tun, wenn die Gefahr einer Vereiterung vorüber ist, heisse Duschen gut. Es handelt sich also darum, ganz genau und sicher festzustellen, in welchem Entwicklungsstadium sich eine Eileiteraffektion befindet. Unter Umständen kann eine solche Spülung eine Pyosalpinx zum Bersten bringen und den Tod verursachen.



Über gewisse Missbildungen und Entstellungen im Gesicht und an den Kiefern des Foetus im Uterus oder bei der Geburt.*)

Von Dr. R. H. J v y.

Deutsch von Dr. F r e u d e n b e r g.

Während von Zeit zu Zeit Berichte über diese Deformitäten erscheinen und Methoden zu ihrer Beseitigung angegeben werden, liest man wenig über ihre eigentlichen Entstehungsursachen. Im ersten Moment möchte es scheinen, als ob die Ätiologie dabei von geringerer Bedeutung wäre, falls nur der Schaden rechtzeitig erkannt würde. Ich hoffe jedoch den Nachweis zu erbringen, dass das Kausalmoment von grosser Wichtigkeit ist und zwar in bezug auf die demgemäss einzuschlagende Behandlung. Man könnte zunächst glauben, dass eine solche mehr Sache des Mundspezialisten als des allgemeinen Praktikers sei. Dem ist jedoch nicht so. Die meisten derartigen Fälle, welche im späteren Leben den Mundspezialisten oder Dentisten aufsuchen, hätten schon bei der Geburt vom Geburts-

*) Univ. of Penna-medical bulletin, Vol. XX., Dezember 1907, Nr. 10, pag. 231.

helfer erkannt und sofort oder kurz nach dieser einer geeigneten Behandlung unterworfen werden sollen.

Die erste Läsion, welche hier besprochen werden soll, ist die kongenitale Gaumenspalte. Behufs eines klaren Verständnisses dieses Begriffes ist es erforderlich, einiges von der Entwicklung des Gesichts und der Kiefer des Embryos zu verstehen. Kurz gesagt: der Gaumen und der Alveolarprozeß der Maxilla oder die Oberkieferknochen bilden sich aus dem Processus lateralis einer jeden Seite und dem Processus frontalis in der Mitte. Ein Unterbleiben der Vereinigung dieser Teile erzeugt die verschiedenen Arten und Grade der Deformität, welche den gespaltenen Gaumen ausmacht. Die beiden nasofrontalen Prozesse verfehlen selten, sich miteinander zu verbinden, und deshalb sehen wir selten eine Gaumenspalte, die sich in der Medianlinie bis zum vordern Anteil des Mundes erstreckt. Die beiden Processus nasofrontales oder praemaxillares vereinigen sich zur Form des triangulären Intermaxillarknochens, der die Keimlager der vier Vorderzähne enthält, und zwar sowohl der Kinderzähne als auch der bleibenden. Hinter diesem Knochen vereinigen sich normalerweise die beiden Processus laterales in der Mittellinie und bilden nach der Seite so eine V-förmige Naht. Bei einigen Gaumenspalten jedoch befindet sich der Spalt im hinteren Teile der Medianlinie; wenn aber der Intermaxillarknochen mitbeteiligt ist, so biegt sich die Spalte nach der einen Seite um, zwischen den Intermaxillarknochen und den Processus laterales, und erscheint nach vorne zu im Munde zwischen den Durchbruchstellen des seitlichen Schneidezahnes und des Hundszahnes. Bei doppelseitigem Gaumenspalt ist die Spalte hinten nur eine einfache, teilt sich jedoch nach beiden Seiten des Zwischenkieferknochens hin und stellt mithin in ihrer gesamten Erstreckung die Form eines Y dar. Bei der doppelten Gaumenspalte ist der Zwischenkieferknochen meist aus seiner Lage gebracht, nach oben und vorne gerichtet und an das Nasenseptum angeheftet. Kongenital findet sich die Gaumenspalte in verschiedenen Graden vor. Manchmal ist die Deformität nur eine teilweise, während sie in anderen Fällen sowohl den harten als auch den weichen Gaumen umfasst. —

Ätiologie. Alle chirurgischen Lehrbücher stellen ganz allgemein fest, dass der Gaumenspalt vielleicht auf unvollkommener Entwicklung oder mangelhafter Ernährung beruhe, veranlasst durch ein Trauma oder durch eine Erkrankung sei es der Mutter, sei es des Fötus. Das ist aber zu unbestimmt. Cryer hat eine bessere Erklärung gegeben, die auf gewissen Eigentümlichkeiten der Missbildung basiert. Er führt aus, dass gewöhnlich nur ein geringer oder gar kein Gewebsverlust beim kongenital gespaltenen Gaumen beobachtet wird, sondern dass er wahrscheinlich auf dem Druck des Unterkiefers beruht.

Der zuerst gebildete Unterkieferknochen ist der natürliche Mordelleur des Oberkiefers und kann durch abnormen Druck oder Stand des Fötus im Uterus, den formativen Prozess der Maxilla stören, die Vereinigung verhindern und die Deformität herbeiführen. Diese Erklärung beruht auf der Tatsache, dass beim Gaumenspalt der Arkus

des Oberkiefers weiter und seitlich überragender ist als der des Unterkiefers, was im normalen Zustand nicht der Fall ist. In letzterem nämlich ist der untere Arkus weiter als der obere. Es wäre nicht unmöglich, durch eine Untersuchung festzustellen, welcher Art die Störungen während der Schwangerschaft sind, welche den regelwidrigen Druck auf den Kiefer verursachen. Durch zeitige Erkennung der praedisponierenden Faktoren liesse sich alsdann wohl die Häufigkeit des Vorkommens der Missbildung verringern. —

Prognose. Bei der kongenitalen Gaumenspalte ist die Prognose bezüglich der Heilung gewöhnlich eine gute, falls das Kind sonst gesund ist und die Operation frühzeitig vorgenommen wird. Zögert man damit bis zum erwachsenen Alter, so kommt, wenn die Spalte von grösserem Umfang ist, eine Operation gar nicht mehr in Frage und es wird die Hilfe des Zahnarztes in Anspruch genommen, um vermittels mechanischer Hilfsmittel den Defekt zu verschliessen. Bei einer doppelten Gaumenspalte muss der Zwischenkieferknochen, wenn er verlagert und aufwärts gerichtet steht, operativ entfernt werden, womit der Verlust der Keimlager der Vorderzähne verknüpft ist. —

Das Alter für die Operation.

Das richtige Alter für die Operation ist gleich nach der Geburt des Kindes, sobald sich dieses an die neue Umgebung gewöhnt hat. Ist jedoch die Ernährung und der allgemeine Gesundheitszustand schlecht, so wartet man besser ein paar Wochen und präpariert das Kind durch Kräftigung für die Operation. Demnach wäre als Operationsstermin etwa die Zeit von 3 Wochen bis zu 3 Monaten nach der Geburt anzusetzen. Die Gründe, welche für eine frühzeitige Operation sprechen, sind die folgenden: 1. Die Spalte verursacht eine Störung der normalen Ernährung und je rascher sie beseitigt wird, desto besser ist es für die Ernährung des Kindes. 2. Die Knochen sind zu dieser frühen Zeit plastisch und können leicht gebogen und in den Defekt hineingeschoben werden. 3. Die Zähne sind zu dieser Zeit noch nicht durchgebrochen und daher ist eine bessere Vereinigung der in Rede stehenden Teile möglich. 4. Bei der Operation im frühen Säuglingsalter ist ein Shock viel seltener als im spätern Leben. 5. Die Sprache entwickelt sich weit vollkommener, wenn die Operation ausgeführt wird, ehe das Kind anfangen hat, sprechen zu lernen. Diese eine frühzeitige Operation befürwortende Umstände hat Dr. Brophy in Chicago angeführt und unter seinen 570 Fällen 211 unter fünf Monaten gehabt. Wenn mit der Gaumenspalte eine Nasenscharte verbunden ist, so muss man erst die Gaumenspalte operieren, da der Lippenspalt das Operationsgebiet für den Arzt zugänglicher macht. Die Nasenscharte beseitigt man alsdann erst nach erfolgter Heilung durch eine nachfolgende Operation. Brophys Vorgehen liefert die besten Resultate bei frühzeitiger Korrektur des gespaltenen Gaumens. —

Die nächste hier zu besprechende Deformität ist die als Prognathismus inferior bezeichnete Missbildung, die in einem Vorragen der untern Zahnreihe über die obere besteht. Genaue Feststellungen haben ergeben, dass es sich hierbei nicht um eine fehlerhafte Stellung

der Zähne handelt, sondern primär um ein Nachvornegerücktsein des gesamten Unterkiefers. Es liegt hier eine Subluxation des Condylus mandibuli auf die Eminentia articularis des Schläfenbeines vor, anstatt dass sich der Condylus in seiner normalen Stellung auf der Portio anterior der Fossa glenoidea befindet. Jede Untersuchung eines Falles, in welchem Prognathismus inferior besteht, wird dies anschaulich machen. C r y e r hat unlängst über eine Beobachtung berichtet, welche imstande ist, einiges Licht auf die Entstehungsursache dieser Subluxation des Mandibulargelenks zu werfen. Der Kranke litt an unterem Prognathismus. Die Röntgenbestrahlung ergab, dass eine Subluxation des Condylus auf die Eminentia articularis bestand. Der Kranke, welcher selbst ein Arzt war, erklärte auf Befragen nach seinen Geburts Umständen, dass es sich dabei um eine Schulterlage gehandelt habe. Schulterlagen kommen, wie man schätzungsweise annimmt, in etwa 3 Proz. aller Geburtsfälle vor. Unter den verschiedenen Methoden, die man zur Entwicklung des nachfolgenden Kopfes anwendet, spielt die Einführung eines Fingers in den Mund des Fötus und das Anziehen am Kinn eine Hauptrolle. Ist es nicht verständlich, anzunehmen, dass durch diese Prozedur eine Subluxation des Unterkiefers herbeigeführt werden kann? In den seltenen Fällen von Rückwärtsrollung des Hinterhauptes bei der Geburt des nachfolgenden Kopfes wird das Kinn gegen die Symphyse angestemmt, und eine Subluxation kann auf diese Weise entstehen. Wertvolle Ermittlungen liessen sich auf alle Fälle über den eventuellen Zusammenhang zwischen der Entwicklung des nachfolgenden Kopfes und dem Prognathismus inferior anstellen. Unter allen Umständen ist es die Pflicht des Geburtshelfers, nach derartigen Entbindungen die Kiefer des Kindes zu untersuchen und, wenn eine solche Deformität herbeigeführt sein sollte, sie durch das anormale Vortreten des Kinnes zu erkennen und sofort zu beseitigen, indem er die Kondylen nach rückwärts in ihre richtige Lage schiebt. Später, wenn dies nicht frisch nach der Entstehung geschieht, ist eine Reduktion der Dislokation unmöglich. Ebenso liegt die Möglichkeit vor, dass sich diese Deformität unter dem Einfluss einer Zangenapplikation bei schwereren Geburten einstellt. —

Eine andere Deformität, welche man gelegentlich bei Erwachsenen antrifft, ist das Fehlen des normalen Winkels des Mandibulum. Der Ramus bildet in derartigen Fällen mit dem Korpus eine nahezu gerade Linie, und die Folge davon ist, dass nur die Backenzähne schliessen, dagegen zwischen den vorderen oberen und unteren Zähnen ein Zwischenraum bleibt, wenn der Mund geschlossen wird. Das Fehlen der normalen Ausgestaltung des Unterkiefer-Winkels kommt auch gemeinschaftlich mit dem oben beschriebenen Prognathismus desselben vor. Es handelt sich dabei nicht sowohl um eine Obliteration des Angulus mandibuli, als vielmehr um ein Zurückbleiben in der Entwicklung. Untersuchungen von Fällen dieser Art seitens des Dr. Ch i l c o t e (Bangor) haben ergeben, dass sich solche Deformität nach schweren Entbindungen einstellt, wenn auf den Kiefer ein allzustarker Druck mit der Zange ausgeübt worden ist.

Obgleich sich die Folgen eines derartig ungünstig wirkenden Zangen-druckes, wenn einmal eingetreten, vom Geburtshelfer nicht mehr beseitigen lassen, so möchte doch wohl unter gewissen Umständen durch grössere Vorsicht bei der Zangenanlegung manche Schädigung solcher Art vermieden werden können, selbstredend ohne dass durch eine zu weitgetriebene Rücksichtnahme das Leben der Mutter oder des Kindes irgendwie gefährdet werden darf.

Das letzte hier zu erwähnende Vorkommnis ist der Bruch des Unterkiefers bei der Geburt. Einen einschlägigen Fall dieser Art hatte ich Gelegenheit, während meiner Tätigkeit als Spezialarzt für Mundkrankheiten am Philadelphiahospital zu beobachten, welchem ein Kind überwiesen wurde, das während der Geburt eine Unterkieferfraktur erlitten hatte. Es war mir nicht möglich über die Kindeslage und den Verlauf der Geburt genauere Angaben zu erlangen, nur erfuhr ich, dass das Kind mit der Zange entwickelt worden und die Mutter bald nach der Entbindung gestorben war. Die Fraktur war eine komplizierte und sass an der Symphysis menti, der natürlichsten Stelle für den Eintritt eines Bruches in jenem Lebensalter. Der Bruch wurde auf das Sorgfältigste bandagiert, doch starb das Kind trotzdem leider nach 3—4 Tagen an Inanition, wodurch weitere Beobachtungen unmöglich wurden.

Der Zweck dieser Publikation war der, auf einige Arten von Vorkommnissen hinzuweisen, die der als Geburtshelfer fungierende Arzt gelegentlich bei der Entbindung zu vermeiden oder zu beseitigen imstande ist, die aber, wenn sie unmittelbar nach der Geburt unkorrigiert bleiben, zu einer unheilbaren Entstellung im späteren Leben führen. —



Referate über Frauenheilkunde.

Bericht über zwei Fälle von Pseudohermaphroditismus (weiblicher Typus). Von Dr. Abrom Brothers. Gyn. Rundschau 1908, H. 1.

Der erste Fall betrifft ein 14 jähriges Schulmädchen mit starkem Schnurrbartflaum, männlichen Körperformen und Mangel jeglicher weiblichen Bescheidenheit; Stimme rauh. Sie gestand als ganz selbstverständlich, dass sie gewohnheitsmässig masturbierte. Sie führte nicht den Finger, sondern das grosse, hervorragende Organ, das sich an Stelle der Klitoris befand, ein. Der Pseudopenis war nicht perforiert und so dick wie der Finger eines Erwachsenen, hatte auch ein zolllanges Präputium. Über den Bau der inneren Organe konnte nichts ermittelt werden.

Der zweite Fall ist interessanter. Die Patientin ist von ihrem Manne verlassen worden, weil ein Geschlechtsverkehr mit ihr unmöglich ist.

Die Körperformen sind rau und deutlich männlich. Die Menses regelmässig. Es besteht etwas Leukorrhoe. An der Gesichtsseite und am Kinn einzelne dicke Haare. Die Brustwarzen niedrig und klein. Die Vulvaöffnung ist klein und kann kaum einen Finger aufnehmen. Hymen und kleine Labien fehlen. Der Pseudopenis ist nicht perforiert und von einem lockern Präputium umgeben.

Bei der Operation zeigte sich eine eitrige, Pelveoperitonitis und Tubenvereiterung, die vorher auch bimanuell nicht zu entdecken gewesen war. Nach der inneren Operation wurde noch eine Amputation des Pseudopenis vorgenommen. —

B o h n - Chemnitz.

Zur Kasuistik der Verdoppelungen und Atresien des weiblichen Genitalapparats. Von Dr. Catharine v. Tussenbroek. Gyn. Rdsch. 1908, H. 2.

Bei einer Virgo intacta entleert sich etwa einmal am Tage ein Strom eitriger Flüssigkeit aus der Vagina. Die Untersuchung ergibt normale Verhältnisse und keine Spur von Leukorrhoe. Erst die Austastung des Uterus in Narkose lässt neben dem Uterus einen etwas weichen Tumor erkennen, aus dem sich durch Drücken eine grosse Menge Eiter entleert. Nach der Entleerung fällt der Tumor nicht zusammen, sondern es bleibt ein dickwandiges Hohlgebilde übrig, das mit dem Uterus durch eine dünne in die Zervix führende Ausflussöffnung verbunden ist. Spülung, Tamponade. Der Ausfluss ist beseitigt und zeigt sich nicht wieder. Diagnose: Uterus duplex bicornis.

Der zweite ähnliche Fall war vier Jahre vorher untersucht und die Diagnose durch die Operation bestätigt worden.

Die Frage, ob nun die erste, nicht operierte Patientin heiraten dürfe, muss bejaht werden. Es steht fest, dass auch ein zweihörniger Uterus empfangen und ein Kind austragen kann. —

B o h n - Chemnitz.

Obliterating thrombosis of the ovarian artery. Von Dr. H. Grad-New-York. The amer. journ. of obstetr., Febr. 1908.

Grad fand bei der Exstirpation einer Pyosalpinx die Arterie des Ovarium der betr. Seite vollständig thrombosiert, sodass bei der Durchschneidung keine Blutung erfolgte. Er ist der Ansicht, dass bei Infektionen oder Erkrankungen der Adnexe diese Erscheinung ziemlich häufig ist, wenn auch bis jetzt noch kein weiterer Fall beschrieben ist. —

B u r c k h a r d - Würzburg.

Vesico-uterine Fistula. Von W. H. W. Knipe-New-York. The amer. journ. of obstetr., Febr. 1908.

Knipe hat einen Fall von Blasen-Zervix-Fistel kurz post partum mit vollem Erfolg operiert. Für die Behandlung dieser Störung stellt er folgende Grundsätze auf: Kleinere Fisteln sollen mit Reinhaltung und Einlegen eines Dauerkatheters behandelt werden. Wenn sich nach vollständiger Involution des Uterus die Fistel nicht geschlossen hat, so kann man sie mit Ätzmitteln behandeln.

Grössere oder bei diesem Vorgehen nicht heilende Fisteln sollen operativ in Angriff genommen werden, am besten nach Spaltung der Scheidenschleimhaut mit Naht sowohl der Blase als auch des Uterus. K. hat einen Fall in der letztgenannten Weise mit gutem Erfolg behandelt. —
Burckhard - Würzburg.

Eine Vesikovaginalfistel vermittle der Methode von Braquehay geheilt. Von Dr. Reclus. Journal des praticiens, 2. Mai 1908; bespr. Revue de théor. chir. et méd. No. 13, 1. Juli 1908, pag. 464.

Gelegentlich einer Vesikovaginalfistel, die nach einer totalen abdominalen Hysterektomie entstanden war, beschreibt der Verf. das Verfahren von Braquehay, welches er selber mit stetem Erfolg angewendet hat.

Wenn sich die Fistel, wie in dem vorliegenden Falle, an hochgelegener Stelle befindet, und schwer zu erreichen ist, so bewirkt er zwei laterale perineale Einschnitte mit Transfixation, nach der Chapt'schen Methode, indem man dem Os ischii entlang ein Bistouri einführt, dessen Spitze man 7—8 cm von dem Orifizium entfernt in die Scheide eindringen lässt. Die Fistel wird vermittle einer Inzision umschnitten, und alsdann löst man rundum die vaginale Schleimhaut der Blase ab. Dieses Abpräparieren muss in grossem Umfang geschehen, denn es bedarf zahlreicher Nähte. Eine erste, taschenförmig, stülpt das Orifizium der Blasenfistel ein. Darüber legt man eine zweite Schicht mit einzelnen Nähten an und schliesslich eine dritte Schicht mit einer beutelförmigen Suture. Über alledem vernäht man die Mucosa vaginalis mit getrennten Nähten.

Der Verf. besteht darauf, dass man die Nähte in mehreren Etagen anlegen solle, zugleich auf der lateralen Transfixation des Perineum, wodurch Licht geschaffen und die Operation sehr erleichtert wird. Die getrennten Nähte stellen in ihrer Masse alsbald das Peritoneum wieder her. —

Freudenberg - Dresden.

Der Bau der Uterusschleimhaut des geschlechtlichen Weibes mit besonderer Berücksichtigung der Menstruation. Von F. Hitschmann und L. Adler. Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie.

Die Untersuchungen der Verf. erstrecken sich auf 58 Fälle. Die wichtigste Bedingung für die Verwertbarkeit war regelmässige Periode. Das Material wurde von der Lebenden durch Operation gewonnen und in frischem Zustande fixiert. Nach den histologischen Veränderungen kann man folgende Phasen in der Veränderung der Schleimhaut unterscheiden:

1. Postmenstruelle Zeit,
2. Intervall,
3. Prämenstruelle Zeit und
4. Menstruation.

Die Veränderungen, die sich während dieser Zeit abspielen,

sind folgende: Auf der Höhe der menstruellen Blutung kollabiert die Schleimhaut, die Drüsen entleeren ihr Sekret, werden ganz eng und verlaufen in gerader Richtung. Häufig geht die Oberfläche der Schleimhaut verloren. Es ist dies aber kein absolut regelmässiges Vorkommen; auch an Ort und Stelle in den Drüsen selbst gehen reichliche Zellen zugrunde. Mit dem Aufhören der Blutung, ja schon manchmal während derselben, kommt es zur Regeneration. Unmittelbar nach dem Aufhören der Blutung ist die Oberfläche von einer kontinuierlichen Epithelreihe bedeckt. In den Drüsenepithelien treten zahlreiche Mitosen auf, und es ist die Zellvermehrung eine sehr bedeutende, zeitlich recht ausgedehnte. Diese postmenstruelle, bedeutende Epithelvermehrung macht sich in der Drüsenformation sofort bemerkbar; ihre Oberfläche muss, damit die neugebildeten Zellen Platz finden, grösser werden. Es wachsen die Drüsen in die Länge, wobei sie noch gerade verlaufen, und beginnen weiter zu werden. Aber ihr Lumen ist leer, und das Epithel in ruhendem Zustande.

Gleichzeitig findet auch ein Ersatz der zugrunde gegangenen Bindegewebszellen statt. Die Schleimhaut wird höher. Die Zellneubildung, die bis über die Mitte des Intervalls anhält, bedingt eine stetig fortschreitende Vergrösserung der Drüsen. Sie werden langsam weiter und beginnen sich einmal früher, ein anderes Mal später zu schlängeln, sie werden spiralig und korkzieherartig.

Gegen Schluss des Intervalles, insbesondere aber in der prämenstruellen Zeit, vergrössern sich die Epithelzellen selbst auf das 2—3 fache der Grösse der postmenstruellen Epithelien, und die Drüsen können dieser ziemlich plötzlich einsetzenden Volumsvergrösserung nur folgen, indem sie mehr oder minder tiefe seitliche Buchten treiben, denen papilläre, leistenförmige Vorsprünge der Wand entsprechen. Aus den spiralig gewundenen Drüsen sind sägeförmige Drüsen geworden. Die Vergrösserung des Epithels ist bedingt durch die prämenstruell einsetzende Sekretion; die weiten Drüsenlumina sind mit Sekret gefüllt, oft förmlich ausgegossen. Dies sieht man für gewöhnlich am besten an den in situ befindlichen, weniger an den ausgeschabten Schleimhäuten. Das Bindegewebe quillt bis zur Deziduaähnlichkeit. Indem die Drüsen in der Tiefe sehr weit, ihre Ausführungsgänge aber sehr eng werden, und ausserdem in der Tiefe dicht gedrängt, oft Drüse an Drüse, nebeneinander stehen, bildet sich, wie bei der Dezidua, ein kompakter oberflächlicher und ein tiefer spongiöser Anteil aus; kurz, die Schleimhaut erlangt unmittelbar vor der Menstruation in allen ihren Teilen eine solche Ähnlichkeit mit der jungen Dezidua, dass die Unterscheidung zwischen einer jungen Dezidua und einer prämenstruellen Schleimhaut die grössten Schwierigkeiten hervorrufen kann. Es bestehen zwischen beiden nur graduelle Unterschiede; von diesen abgesehen, trägt die prämenstruelle Schleimhaut alle Charaktere der jungen Dezidua. Mit dem Einsetzen der Blutung kollabiert die Schleimhaut, es kollabieren die Drüsen, sie werden ganz enge und gerade usw., bis der Zyklus wieder beendet ist. Bleibt die Blutung infolge einer Konzeption aus, so geht die prämenstruelle Schleimhaut ohne jede scharfe Grenze in die Schwangerschaftsmukosa über.

Die grosse Bedeutung der prämenstruellen Schleimhautentwicklung müssen wir in ihrer Ähnlichkeit mit einer Dezidua sehen; darin liegt zugleich die Bedeutung der zyklischen Wandlung, die diese Entwicklung alle 4 Wochen ermöglicht. Die Frage, ob die Blutung durch Rhexis oder Diapedesis erfolgt, lässt sich wohl dahin beantworten, dass wahrscheinlich beides vorkommt. Zu Beginn mag es sich um Diapedesis der roten Blutkörperchen handeln. Die Lockerung des Endothels in den mächtig erweiterten Kapillaren ist ja plausibel, wenn auch nicht erwiesen. Später kommt es mit den Gewebsabstossungen auch zu Zerreibungen der Gefässe.

Weisswange - Dresden.

Beitrag zur Frage der Atmokaussis. Von Dr. Fr. Weisswange in Dresden. Zentralbl. f. Gynäk., No. 9, 1908. pag. 296.

Der Verf. hatte Gelegenheit, 7 Jahre nach der Operation einen von autoritativer Seite behandelten Vaporisationsfall zu sehen. Der Muttermund war vollkommen geschlossen, der Uterus anteflektiert, hart, die Frau ausserordentlich elend und sich unter Erbrechen vor Schmerzen buchstäblich wälzend. Es blieb kein anderer Ausweg als die Totalexstirpation, die glänzend zum Ziele führte. Die Uterushöhle war bis auf Kirschgrösse obliteriert. Es ist dieses schon der 4. Fall, in welchem der Verf. hochgradige Schädigungen durch die Vaporisation zu beobachten in der Lage war. Er selbst hat diesen Eingriff nie ausgeführt und hält ihn überhaupt nur als ultimum für refugium gerechtfertigt 1. bei völlig ausgebluteten Personen dicht vor der Klimax und 2. bei uterinen Blutungen und gleichzeitiger Hämophilie.

Freudenberg - Dresden.

Die Mittelhochlagerung und die Staffeltamponade. Von Dr. E. Gallatia. Gyn. R. 1908, H. 4.

Durch den Druck der sich dem Scheidengewölbe sanft anschmiegenden Tamponade werden die dem Scheidengewölbe aufliegenden Gebilde gegen die Bauchdecken gehoben. Durch den Gegendruck des dem Bauche aufliegenden Schrotbeutels werden Ödeme ausgepresst und die Gewebe anämisch gemacht. Nach Entfernung dieser Vorrichtungen kommt es naturgemäss zur Erweiterung der Gefässe, zur erhöhten Leukozytose, und hiermit zur erhöhten Resorption. Es wird damit der doppelte Zweck erreicht: erstens rasches Schwinden der Ödeme, zweitens raschere Resorption. Bei der Mittelhochlagerung wird das Fussende des Bettes auf Holzpflocke zwischen 20 und 30 cm Höhe gestellt. Kopf und Rumpf werden durch Keilkissen in horizontale Lage gebracht, um Hyperämie des Kopfes zu verhüten. Die Lagerung bleibt während der Behandlung bestehen, der Schrotbeutel wird nur täglich 2mal auf je 2 Stunden aufgelegt.

Verf. hat eine Reihe von Parametritiden puerperalen Ursprunges behandelt. Unter 11 Fällen 9 Heilungen und eine Besserung, die bei Ausdauer der Kranken zur Heilung geführt hätte. In einem Falle handelte es sich um eine Tuberkulose, die mit dem Tode en-

digte. Ebenso gut waren die Erfolge bei Exsudaten andern Ursprungs (Eierstocksentzündungen, Tumoren), Pelveoperitonitis und Hämatokele. Die Pincussche Methode hat sich als ein vorzügliches neues Hilfsmittel bei der konservierenden Behandlung der gynäkologischen Exsudate erwiesen. —

B o h n - Chemnitz.

Über den Vorschlag Zweifels zur Verhütung von Wochenbeterkrankungen. Von Dr. J. Wernitz, Gyn. Rdsch. 1908, 2.

Nach jeder Geburt blutet es. Solange die Blutung noch bedeutender ist, scheidet sich flüssiges Blut aus, oder es bilden sich grosse Blutklumpen, welche von Zeit zu Zeit ausgestossen werden. Ist die Blutung geringer, so bilden sich kleine Gerinnsel, die der blutenden Stelle anhaften und die Blutung zum Stehen bringen. An sie setzen sich Fibringerinnsel, welche nach und nach die ganze Uterushöhle ausfüllen können. Erst in den folgenden Tagen, wenn die Sekretion abnimmt, kommen Zersetzungsprozesse zur Geltung. Die flüssigen Teile werden durch die Nachwehen ausgepresst, die festen bekommen eine längliche Gestalt und ziehen sich nach den Wehen immer wieder in den Uterus zurück. Dabei kann sich das Ende des Gerinnsels im Zervix oder der Vagina infizieren. Es ist also durchaus angebracht, diese Gerinnsel, die tatsächlich oft hohes Fieber hervorrufen können, zu entfernen. Richtiger ist es, die Bildung der Gerinnsel durch Tamponade der Uterushöhle mit steriler Jodoformgaze zu verhindern. Das meint der Verfasser.

Jedenfalls aber ist in diesem Eingriffe nichts zu finden, was einem natürlichen Vorgange nach der Entbindung ähnlich sieht und so werden wohl doch diejenigen recht haben, welche lieber eine abwartende Haltung nach der Geburt befürworten. Um Gerinnsel aus der Höhle zu entfernen, dazu bedarf es nur einer einfachen Massage des Uterus, ohne ins Innere des Organs einzugehen. —

B o h n - Chemnitz.

Ein Vorschlag zur Erleichterung der Entfernung von Quellstiften aus dem Zervikalkanale. Von Prof. Dr. Ludwig

K n a p p - Prag. Zentralbl. f. Gynäk., No. 26. 27. Juni 1908, pag. 841.

Manche praktische Ärzte haben die Erfahrung gemacht, dass die Entfernung der Quellstifte bisweilen auf erhebliche Schwierigkeiten stösst.

Von der Erwägung und Erfahrung ausgehend, dass doch das Hindernis für die Entfernung der Quellstifte im Zervikalkanale liegt, versuchte nun der Verf., den intra-uterin liegenden Abschnitt am Aufquellen zu verhindern, indem derselbe durch eine Metallhülse aus Neusilber gedeckt wurde, was gleichzeitig trotz der vervollkommenen Art der Sterilisierung solcher Stifte nur ein weiterer Vorteil sein dürfte. Um die natürlichen Verhältnisse und Vorgänge nachzuahmen, umschnürte er den Quellstift an der zervikal gelegen gedachten Partie

mit mehreren eng angezogenen Touren eines starken Bändchens und beobachtete, vorläufig allerdings nur in der Eprouvette, die Veränderungen des Stiftes, welche ganz nach seiner Voraussetzung vor sich gingen. Es zeigte sich nämlich an dem im ganzen 6,2 cm lang gewählten, auf 2,9 cm seiner Länge gedeckten Stifte, nach 3 Stunden langem Liegen in körperwarmem Wasser ein vollkommenes Erhaltenbleiben seiner Dimensionen im gedeckten Teile, während sowohl der unmittelbar darunter gelegene, absichtlich eingeschnürte Abschnitt beträchtlich, als auch dessen freies Ende, fast auf das Doppelte gequollen war. Es ist daran nicht zu zweifeln, dass der Quellstift in dieser Adjustierung sowohl den inneren wie äusseren Muttermund nicht nur nach Bedarf dehnen, sondern sich auch jederzeit leicht entfernen lassen wird.

Die Silberdeckplatten (in verschiedenen Grössen) mit Öffnung zum Durchziehen des einen (bisher zweier) Seidenfäden sind bei C. Fischer, Prag 27, Graben, Bazar erhältlich. —

Freudenberg - Dresden.

Santyl als Antigonorrhoeum. Von Dr. A. Sissa, Konstantinopel. *La médecine Orientale* 1908, No. 12.

Der Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Schluss, dass das Santyl einen wesentlichen Fortschritt für die interne Gonorrhöetherapie bedeutet. Es besitzt die Vorzüge eines guten Sandelpräparates und hat vor dem Sandelöl den Vorzug völliger Reizlosigkeit; ferner ist es geschmackfrei und besitzt eine prompte Wirkung besonders auf die Entzündungserscheinung der akuten Gonorrhöe. Nach Beseitigung der Entzündung sind Injektionen mit Arg. nitr. zu machen. — R.

Die Dysmenorrhoea membranacea. Von F. Hitschmann und L. Adler. *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*.

Die Dysmenorrhoea membranacea ist keine Endometritis exfoliativa; sie ist nicht prinzipiell von der Menstruation verschieden. Sie stellt vielmehr einen Typus der Menstruation dar, bei der die so häufig vorkommenden kleinen Ablösungen der Schleimhautoberfläche grössere Dimensionen annehmen. Die Vorbedingung für die Ablösung gibt der eigentümliche Bau der menstruierenden Schleimhaut; die wirkliche oder relative Enge des Orifizium internum begünstigt Stauungen in seinem Bereiche. Dadurch werden Uteruskontraktionen ausgelöst, die ev. weitere Ablösungen bedingen und als Schmerzen zum Bewusstsein der Menstruierenden gelangen. Es bildet die Dysmenorrhoea membranacea eine kleine Gruppe in dem grossen Gebiete der Dysmenorrhöe. Während wir aber über die letztere so gut wie gar nichts Positives wissen, stellt sich die Dysmenorrhoea membranacea als ein ziemlich klar und scharf umschriebenes Bild dar. Das Ergebnis der Untersuchungen der Verff. für unser therapeutisches Handeln ist ein mehr negatives; die Ausschabungen, von dem Gedanken an die bestehende Endometritis diktiert, sind zwecklos und daher zu unterlassen.

Die beiden Komponenten, die zur Dysmenorrhoea membranacea führen, lassen eine dauernde Beeinflussung auf künstlichem Wege nicht zu. Es bleibt daher nur die vorübergehende palliative Behandlung; hier geben die Verff. der systematischen prämenstruellen Dilatation des Orificium internum den Vorzug vor allen anderen Mitteln. —
Weisswange - Dresden.

Lysolvergiftung durch Uterusspülung. Von Dr. Pilty - Erlangen. Münch. medicin. Wochenschr., No. 18, 8. Mai 1908, pag. 965.

Den bisher berichteten Unfällen bei Lysolspülungen des Uterus, darunter mehrere tödlich, schliesst P. einen neuen Fall an, in dem nur mit knapper Not das Leben erhalten blieb. P. schlägt vor, von Lysol- und allen ähnlichen Spülungen abzusehen. Schwache nützen nichts, starke sind gefährlich. Auch bei infizierten Uteris verwende man zum Spülen nur physiologische Kochsalzlösungen. —
Freudenberg - Dresden.

Die rektale Instillation mit Natriumsaccharat - Kochsalzlösungen. Von Prof. Dr. Schücking in Pyrmont. Z. f. Gyn., No. 18, 1908.

Ähnlich der früher empfohlenen permanenten Berieselung der Uterushöhle mit antiseptischen Lösungen plädiert der Verf. jetzt für die rektale Instillation mit Natriumsaccharat - Kochsalzlösungen. Seine diesbezügliche Technik besteht darin, dass die Patientin auf einen durchlochten Bettrahmen mit Untersatz oder auf ein Gummi- becken gelagert wird, während ein durchlochter Hartgummikatheter, der durch einen Schlauch mit der Topfröhre und durch diese mit dem Irrigator in Verbindung steht, in den Mastdarm eingelegt wird. Die Stärke der Lösung beträgt 0,3 % Natriumsaccharat und 0,7 %, Kochsalz.

Die Dauer variiert je nach den individuellen Zwecken der Behandlung. Handelt es sich um Anregung der Herztätigkeit und Hebung des Blutdruckes, so genügt oft eine Applikation von einigen Stunden, während Darmatonie als Indikation 1—2 mal 24 Stunden verlangen kann. —
Freudenberg - Dresden.

Einige Winke zur Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit. Von Dr. Klinkenberg, Aachen. D. Med.-Ztg. 1908 No. 56.

In schweren Fällen wird zur Beseitigung der Schlaflosigkeit absolute geistige, zuweilen auch körperliche Ruhe, durch die dann auch meist der Grundkrankheit abgeholfen wird, nötig sein: gänzliche Enthaltung von Berufsgeschäften, Wechsel des Aufenthalts. In leichteren Fällen genügt oft Beschränkung der Geistesarbeit, Verbot derselben in den Abendstunden, Entlastung des Gehirns durch einen Spaziergang vor dem Schlafengehen, leichte hydriatische Prozeduren, ein lauwarmes Voll- oder Sitzbad, kaltes Fussbad, kühler Leibwickel, um dem Gehirn die ersehnte Ruhe zu bringen. Viel ist gewonnen, wenn die Furcht vor dem Nichtschlafenkönnen beseitigt ist; hier

leistet oft Suggestion auch mit Zuhilfenahme der Elektrizität gute Dienste. Das Schlafzimmer soll kühl, dunkel und ruhig gelegen sein. Zu warme Bedeckung ist zu meiden. Der Ernährung ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen: sie soll reichlich sein, so dass der allgemeine Kräftezustand gehoben wird; das Abendessen soll früh stattfinden und nur aus leicht verdaulichen Speisen bestehen.

Wenn nun alle vorgenannten Mittel versagen oder sich nicht durchführen lassen, so wird man zu chemischen Schlafmitteln greifen, weil man weiss, dass eine Reihe schlafloser Nächte für das Herz und die Nerven zu schweren Belästigungen führen kann. Unter diesen Mitteln stehen das Veronal und das Bromural im Mittelpunkt des Interesses. Leider ist das Veronal häufig nicht frei von üblen Nebenwirkungen, wie sie in der Literatur mehrfach verzeichnet sind. Auch der Verf. hatte einen ähnlichen Fall zu verzeichnen: Eine Krankenschwester nahm abends 0,5 g Veronal und schlief hierauf bis in den vierten Tag hinein, wo sie erst durch Schlagen mit nassen Tüchern auf kurze Zeit geweckt werden konnte; grosse Müdigkeit bestand noch einige Tage. Auch bei Dosen von 0,25 g beobachtete Kl. am folgenden Morgen häufig ein Gefühl allgemeiner Müdigkeit nicht nur des Gehirns, sondern auch der Muskulatur, den Herzmuskel nicht ausgenommen. Diese Nachwirkung wird von den Nervösen meist unangenehm empfunden, besonders auch, weil sich das Krankheitsbewusstsein in ihnen bestärkt.

Verf. stellte dann vergleichende Untersuchungen mit Veronal und Bromural an. Als wesentliches Unterscheidungsmerkmal ergibt sich, dass das Bromural infolge Mangels an jeder narkotischen Wirkung bei schweren organischen Erkrankungen, sowie bei dem ausgesprochenen neurasthenischen Halbschlaf im Stiche lässt; es bewährt sich dagegen vorzüglich in solchen Fällen, in denen die Schlaflosigkeit auf erschwertem Einschlafen beruht. Besonders angezeigt ist es bei Kindern und jugendlichen Personen, bei welchen in mehreren Fällen eine Beruhigung der choreatischen Bewegungen und eine Verringerung der epileptischen Anfälle zu bemerken war; auch nahm unter der Einwirkung des Bromurals die Zahl der nächtlichen Keuchhustenanfälle ab. Bei Nervösen liess sich die Beobachtung machen, dass sie nach einer wegen Schmerzen notwendigen Morphiuminjektion wohl ruhig liegen, aber nicht schlafen konnten, dieser Übelstand wurde durch 0,6 g Bromural meistens beseitigt. Bei Verstimmung, Depressions- oder Erregungszuständen bewährt sich das Bromural als vorzügliches Nervinum. Besonders sei aber noch darauf hingewiesen, dass es sich vorzüglich zur Abwechslung insbesondere mit Veronal eignet. Hierbei liess sich konstatieren, dass infolge der kumulativen Wirkung des Veronals Fälle, die von vornherein durch Bromural nicht beeinflusst wurden, jetzt noch genügend darauf reagierten.

Man sollte daher bei allen leichten Fällen von Schlaflosigkeit zunächst einen Versuch mit Bromural machen und erst, wenn Dosen von 0,6 g dieses Mittels nicht genügen, zu dem stärker wirkenden Veronal übergehen, jeden dritten Abend aber statt dessen Bromural verabreichen. —

R.

Der Gebärmuttervorfall bei Nulliparen. Von Prof. Dr. Reclus. Gazette des hôpitaux, 12. März 1908; bespr. Revue de théér. méd. chir., Nr. 7, 1. April 1908, pag. 246.

Die Ursachen des Herabsinkens des Uterus beim jungen Mädchen beruhen auf Erschlaffung der Aufhängeapparate der Gebärmutter. In dem von dem Verf. beobachteten Falle bei einem 24 jährigen Fräulein, deren Kollum zwischen den Schamlippen hervortrat, waren die Ligamente kaum sichtbar.

Was im allgemeinen den Prolaps junger Mädchen charakterisiert, ist die Schwierigkeit, eine wirksame Behandlung zu finden, die Hartnäckigkeit des Leidens und die Neigung zu Rückfällen. In der Tat, auch in dem vorliegenden Falle stellte sich nach einem ersten chirurgischen Eingriff (Kolpoperineorrhaphie) ein Rezidiv ein. Drei Wochen später entschloss sich deshalb der Verf. zur Fixation des Uterus vermittels der Verkürzung der runden Mutterbänder nach dem Verfahren von Doléris. Die Schlingen der beiden Ligamenta rotunda wurden nach der Bauchwand zu eine an die andere genäht, unter der Haut, mit 4 soliden Suturen, davon 2 von Katgut und 2 von Seide. Aber die Bänder waren sehr schwach und die Operation drohte nur zu einem mittelmässigen Hindernis für die Senkung des Uterus zu werden. Und so stellte sich denn auch wirklich nach kurzer Zeit heraus, dass das Ergebnis der Operation gleich Null war. Nunmehr blieb die Hysteropexie als einzige Hoffnung übrig, und es wurde diese daher unter örtlicher Anästhesierung vermittels Stovainkain vorgenommen, da die Chloroformnarkose nicht tunlich erschien. Eine derartige Operation verlangt die sorgfältigsten Vorsichtsmassregeln, um die Patientin gegen alle Eventualitäten zu schützen, die eine spätere Schwangerschaft ungünstig beeinflussen könnte.

Die Fäden müssen soweit wie irgend angängig vom Fundus uteri entfernt eingepflanzt werden, dürfen aber auch die mittlere Partie dieses Organes nicht überschreiten, welches andererseits genau die Mittellinie innehalten muss. Bei der in Frage stehenden Kranken ergab der operative Eingriff gute Resultate. R. bemerkt, dass, wenn die Störungen bei später eintretenden Geburten nicht noch häufiger sind, dies wohl darin seinen Grund haben dürfte, dass die Adhärenzen zwischen der Gebärmutter und der Bauchwand im Verlaufe der Schwangerschaft oft abreißen und den Uterus frei machen, der sich alsdann normal entwickeln kann. —

Freudenberg - Dresden.

Der Nachweis der Spirochaete pallida bei kongenitaler Syphilis. Von Prof. Dr. C. Grouven, I. Assistent der dermatologischen Universitätsklinik zu Bonn. Zentralblatt f. Gyn., Nr. 18, 2. Mai 1908, pag. 581.

Auf Grund zahlreicher Versuche, über welche er ausführlich berichtet, stellt Verf. die Tatsache fest, dass der Nachweis der Spirochaete pallida an der einen oder anderen Stelle, in mehr oder minder zahlreichem Vorkommen, entweder im Ausstrich oder im Schnitt in fast allen Fällen von kongenitaler Lues gelingt. Hierdurch wird

der Wert der Spirochaetenuntersuchung besonders in zweifelhaften Fällen, bestens illustriert. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Gesichtspunkte für die Einführung des Extractum Digitalis depuratum. Von Dr. Ch. H o p f f n e r, Badenweiler. Münch. Med. Wochenschrift No. 34, 1908.

Die Wirkung der einzelnen reinen Digitaliskörper hat sich nach dem Urteile namhafter Autoren den Folia Digitalis nicht als äquivalent erwiesen; andererseits haben die Blätter den Nachteil, dass sie eine Anzahl Beimengungen enthalten, die zum Teil die Magen- und Darmstörungen mitbedingen, die bei den empfindlichen Verdauungsorganen der Stauungskranken oft genug die Digitaliskur stören.

Daher verdient ein neues Digitalispräparat, das Digipuratum, Interesse, ein Mittel, das alle wirksamen Digitalisglykoside enthält, aber durch ein äusserst schonendes Reinigungsverfahren von den belästigenden Beimengungen befreit ist.

Das Präparat wird von Prof. G o t t l i e b, Heidelberg, physiologisch eingestellt und zwar wird die Wirkungsstärke nach Froscheinheiten bestimmt, wobei diejenige Menge als Einheit angesehen wird, die gerade noch mit Sicherheit bei einer Temporalia von 30 g den systolischen Herzstillstand herbeiführt. Das Digipuratum wurde angewandt

1. mit absoluter Indikation bei Stauungen im grossen Kreislauf,
2. mit relativer Indikation bei beginnender Herzinsuffizienz,
3. zu diagnostischen Zwecken, um in einzelnen Fällen zu unterscheiden, wieviel von den Krankheitssymptomen kardialen Ursprungs waren.

Ausserdem wurde das Mittel verschiedentlich herzgesunden Menschen gegeben, um die Bekömmlichkeit des Präparates festzustellen.

Die Wirkung des Digipuratums ist bei absoluter Indikation stets deutlich zahlenmässig nachweisbar, die Diurese steigt, die Pulsfrequenz sinkt, die Amplitude wächst. Die genaue Dosierung ermöglicht es, schon innerhalb der ersten 24 Stunden eine gut erkennbare Digitaliswirkung zu erzielen. Auch bei den Fällen mit relativer Indikation lässt sich schon in den ersten 24 Stunden oder wenigstens kurz danach die Wirkung beobachten.

Das Digipuratum wurde von allen Patienten gern genommen; unangenehme Wirkungen auf Magen und Darm kamen, nachdem Verf. die richtige Dosierung gefunden hatte, nicht mehr vor. Jedenfalls scheint das Mittel den Magen weit weniger zu belästigen, als eine in bezug auf den therapeutischen Erfolg gleich energische Kur mit Digitalisblättern.

Endlich gelingt es mit Digipuratum leichter als mit den inkonstant zusammengesetzten Digitalisblättern energische Digitaliskuren durchzuführen, ohne dass sich Intoxikationserscheinungen durch Kumulation geltend machen. Solche energische und rasche Digitaliskuren sind der Prüfstein für ein gutes Digitalispräparat.

Das Digipuratum leistet daher alles, was man von einem guten Digitalispräparat verlangt. — R.

Sind Gallensteine in der Galle löslich und lässt sich die Lösungsfähigkeit der Galle durch Medikamente (Chologen) steigern? Von Prof. Dr. Ad. Löwy, Berlin, und Dr. Rob. Glaser, Muri-Aargau. Korrespondenz-Blatt für Schweizer Ärzte. No. 12, 38. Jahrg. 1908, 15. Juni.

Verfasser beantworten die obige Frage auf Grund von Tierexperimenten und Untersuchungen an operierten Gallensteinkranken mit Gallenblasenfisteln dahin, dass sie sagen:

Bei Gallensteinkranken kann die Menge der abgeschiedenen Galle und zugleich ihr Lösungsvermögen für Gallensteinsubstanz durch Chologen Nr. 1 + Nr. 2 in hohem Masse gesteigert werden. Das kann zu einer Besserung bzw. Heilung unkomplizierter Fälle in dem Sinne führen, dass keine Weiter- bzw. Neubildung von Steinen, vielmehr eine allmähliche Verkleinerung durch öfters wiederholte Darreichung der Präparate zustande kommt.

So dürften die vielfach beobachteten Heilerfolge mit Chologen ihre — wenigstens teilweise — wissenschaftliche Begründung finden. —
Freudenberg-Dresden.

Ein Doppelscheidenspiegel gleichzeitig zum Saugen und Spülen. Von Dr. Heinrich Fischer in Karlsbad. Münchener medizinische Wochenschrift No. 28, 1908.

Der Verf. hat einen Doppelspiegel konstruiert, in dessen mittleres Lumen, welches keine Saugwirkung ausübt, der Mutterhals eingestellt wird. Die vom Verf. erwähnten Vorzüge seines Doppelspiegels sind folgende:

1. Die Portio und der Muttermund liegen während des Saugaktes frei und sind für Heisswasserspülungen und Instrumente zugänglich.

2. findet die Saugwirkung auf die der Gebärmutter angrenzenden Gewebe statt, also wahrscheinlich auch auf die von und zu der Gebärmutter verlaufenden Gefässe.

3. Wird auch die Zirkulation in den Hämorrhoidalgefässen beeinflusst.

4. Die Sekrete aus der Gebärmutter können während des Saugens frei abfliessen oder abgespült werden.

5. kann die Methode oft wiederholt werden und auch länger dauern; und

6. ist eine künstliche hypertrophische Elongation der Portio bei Anwendung des Doppelspiegels mit Sicherheit auszuschliessen.

Die Erfolge, die Verf. mit seinem Apparat erzielt hat, fasst er folgendermassen kurz zusammen:

a) Entspannung der Bauchdecken schon nach 10 Minuten und Erleichterung der bimanuellen Untersuchung;

b) leichtere Defäkation;

c) Besserung von dysmenorrhoeischen Schmerzen; und

d) günstige Beeinflussung parametraner Exsudate. —

Hergestellt wird der Spiegel nebst daran sitzendem Saugballon von der Porzellanfabrik B. Bloch in Eichwald (Böhmen). —

Freudenber g - Dresden.

Die Behandlung der Bartholinitis mit künstlicher venöser Stase. Von Dr. Plass. Berl. klin. Woch., 20. April 1908.

Der Verf. wandte die Bier'sche Methode mit Erfolg bei der blenorragischen Bartholinitis an. Die venöse Kongestion wird durch die Saugkraft eines trocknen Schröpfkopfs hervorgerufen, der auf die Drüse aufgesetzt wird und zwar auf die äussere Öffnung des Ausscheidungsganges derselben, etwa 1,5 cm über der hinteren Kommissur der grossen Schamlippen. Die Luft des Schröpfkopfs wird vermittels einer Pumpe aufgesaugt, die mit ihm durch eine Tube in Verbindung steht, deren Endigung in das Innere der Saugglocke eingeführt ist, um die Aspiration der aus der Drüse ausgeschiedenen Flüssigkeit zu verhüten. Die Saugung muss gemässigt und in schmerzloser Weise durchgeführt werden. Man macht sie täglich etwa eine halbe Stunde lang, oder noch besser zweimal täglich je eine Viertelstunde lang. Die Patientin lässt man im Bett liegen. Im allgemeinen tritt binnen 2 Wochen die Heilung ein. Das Verfahren eignet sich auch für umfangreichere Abszesse nach der Punktion oder nach einer kleinen Inzision. Es kürzt stets die sonst langwierige Heilung nach vorgenommener Operation ab, sei es nun, dass man sich mit einer einfachen Inzision begnügt (was die Gefahr eines Rezidives mit sich bringt), oder dass man den Sack extirpiert. —

Freudenber g - Dresden.



Referate über Geburts- und Säuglingspflege.

Extrauterine abdominale Schwangerschaft. Von Prof. Dr. F. Fieux. Revue pratique d'obstétrique et de paediatric. April 1908.

Am 31. Dez. 1906 morgens 9 Uhr wird in die Klinik eine 32-jährige Frau gebracht, die eine Frühgeburt von $3\frac{1}{2}$ Monaten zu befürchten angab. Dieselbe war stets gesund und hatte $3\frac{1}{2}$ Jahre vorher normal entbunden.

Die Regeln traten vom 23.—26. September zum letzten Male auf, doch waren dieselben weniger stark und wässriger. — Am 27. Oktober gegen 7 Uhr abends wurde die Frau plötzlich von ungemein heftigen Schmerzen in der linken Unterleibsgegend befallen.

Der akute Schmerz dauerte ca. 4 Stunden an und war von einer vorübergehenden Ohnmacht begleitet, doch waren weder Erbrechen noch Auftreibung des Bauches noch Ausfluss aus den Genitalien vorhanden. Am anderen Morgen ging die Frau, obwohl noch stark leidend, ihrer gewohnten Beschäftigung nach.

Am 28. November fand aus den Genitalien ein leichter Ausfluss von bräunlicher Farbe statt, der einige Tage anhielt. Ausserdem hatte die Frau bemerkt, dass ihre Brüste etwas an Volumen zugenommen hatten.

Am 3. Dezember abends trat ebenso plötzlich wie das erste Mal ein neuer Schmerz anfall ein, diesmal jedoch war der Schmerz nicht in der linken Seite lokalisiert. Die Schmerzen machten sich in wiederholten Kolikanfällen in der Nierengegend und im Unterleibe fühlbar. Es bestand keine Ohnmacht und keine Auftreibung des Leibes: Die Schmerzen waren während ca. 10 Stunden sehr heftig, liessen alsdann allmählich nach. 24 Stunden nach Beginn des Anfalles war die Frau wieder auf. Seit dieser Zeit verspürte dieselbe jedoch beständig eine schmerzhaft schwere und zuweilen selbst sehr empfindliche Stiche im Unterleibe.

Nichts Abnormes von seiten der Nieren oder des Darmes.

Am 31. Dezember morgens bemerkte die Frau, als sie aus dem Bette stieg, dass einige Tropfen schwarzen Blutes ausflossen, worauf sofort sehr heftige Schmerzen in der Nierengegend und im Unterleibe sich einstellten. Auf dieses hin wird die Frau in die Klinik gebracht, wo folgendes konstatiert wird:

Allgemeinbefinden gut; Puls 88; Temperatur 37,1°. Das Abdomen ist so schmerzhaft, dass man durch die Palpation nur eine unbestimmte Schwellung im Bereiche des Hypogastriums feststellen kann. Die Zervix uteri, die nicht erweicht ist, ist nach vorn fast gegen die Symphyse gerichtet. Der Douglassche Raum sowie die seitlichen Teile des Scheidengewölbes sind infolge einer gleichmässigen und elastischen, auf Druck schmerzhaften Schwellung verstrichen. Da Autor an eine extrauterine Gravidität dachte, narkotisierte er, behufs genauerer Diagnose, die Patientin, wobei eine bimanuelle Palpation die vollkommene Unabhängigkeit des Uterus und des abdominalen Tumors zur Evidenz brachte.

Der nach vorne verdrängte Uterus liegt in der Mittellinie und überragt die Symphyse um 6 cm. Der Tumor selbst, hinter dem Uterus gelegen, ist regelmässig, von der Grösse zweier Fäuste, wölbt sich bedeutend in die Exkavatio, besonders in das linke Scheidengewölbe, das härter und gespannter ist, vor. Derselbe überragt die Symphyse um 5—9 cm und ragt leicht in die Fossa iliaca sinistra vor. Der Uterus scheint dem Tumor, letzterer selbst den Bauchwandungen zu adhären.

Auf Grund der Anamnese und des Untersuchungsbefundes stellt Autor die Diagnose auf ektopische Gravidität und vermutet eine eingekapselte Hämatokele als Folge eines linksseitigen Tubenabortus. Da das Allgemeinbefinden zurzeit ein gutes ist, sieht Autor vorderhand von jedem Eingriffe ab. Um 7 Uhr abends jedoch tritt ein neuer sehr schmerzhafter Anfall auf, der ca. 10 Minuten dauert. Nach diesem Anfälle steigt der Puls von 88 auf 110; das Gesicht wird etwas blass. Um 9 Uhr Puls 120, um 10 Uhr Puls 140, klein; Abdomen leicht aufgetrieben ohne nachweisbare Dämpfung in den abhängigen Teilen.

Auf dieses hin entschliesst sich Autor nach vorheriger subkutaner

Injektion von künstlichem Serum und von Koffein zur Laparotomie, die um Mitternacht ausgeführt wird. Bei Eröffnung des Peritoneums fliesst sofort eine grosse Menge schwärzlichen Blutes heraus. Nach Beendigung der Inzision konstatiert Autor, dass die Darmschlingen die Eingangspforte des kleinen Beckens vollständig bedecken und sich davon nicht entfernen lassen. Es gelingt den der Symphyse dicht anliegenden Uterus mit der Hand zu fühlen und während Autor, behufs Freilegung der Exkavation, die Darmschlingen nach oben zu verdrängen sucht, fliesst auf einmal eine gewisse Menge Blut aus, worauf ganz plötzlich ein Erguss einer klaren Flüssigkeit, der einen lebenden Fötus von 12 cm mit sich reisst, stattfindet. — Der Nabelstrang wird ohne Schwierigkeit abgerissen und hierauf lassen sich die Darmschlingen auch ohne Schwierigkeit verdrängen. Als dann gelingt es Autor über den Zusammenhang des Eies, dessen diffuse Plazenta an der hinteren Fläche des Uterus, an dem Ileo-Kolon, an den Schlingen des Dünndarmes, am Grunde des Douglas und an den Wänden der Exkavation inseriert ist, sich zu orientieren. Diese ausgedehnte plazentare Insertion blutet reichlich, sodass Autor die Ligatur des utero-ovariellen Stieles und der linken Arteria uterina vornimmt und die gesamte villöse Gegend mit zwei grossen Gazetamppons versieht, deren Extremitäten an den unteren Teil der Wunde fixiert werden. Etagennaht der Bauchwandung. Nach dem Verbande Injektion von 400 g physiologischer Kochsalzlösung.

Am nächsten Morgen Allgemeinbefinden ziemlich gut; Abdomen weich, nicht schmerzhaft, Temperatur 37,3°, Puls 124. Abends Temperatur 38°, Puls 136. Patientin uriniert gut.

Am übernächsten Tage Temperatur 37,1°, Puls 118; um 11 Uhr vormittags Entfernung der Tampons, was den Ausfluss einer ziemlich grossen Menge schwarzen Blutes zur Folge hat; Einlage eines neuen Gazestreifens. Abends Temperatur 37,4°, Puls 110; Abdomen immer weich und nicht schmerzhaft.

Am Morgen des dritten Tages Allgemeinbefinden andauernd gut; Temperatur 37,5°, Puls 102. Nachmittags gegen 2 Uhr jedoch tritt einige Male Erbrechen auf, das Gesicht fällt ein und ohne Temperatursteigerung wird der Puls klein und steigt plötzlich auf 130.

Da Autor vermutet, dass der Ausfluss durch die Bauchwunde ein ungenügender ist, macht er um 3 Uhr nachm. eine ausgiebige Inzision des hinteren Scheidengewölbes und legt eine Drainage ein.

Um 8 Uhr abends mehrmaliges Erbrechen schwärzlicher Massen. Das Epigastrium ist aufgetrieben, der Puls wird immer kleiner und rascher und, trotz subkutaner Koffein- und Seruminjektion Exitus letalis um 10 Uhr abends.

Die Sektion konnte nicht vorgenommen werden.

In diesem Falle handelte es sich um eine ziemlich seltene Varietät extrauteriner Gravidität, nämlich um abdominale Gravidität. Sehr wahrscheinlich hatte man es mit einer sekundären abdominalen Gravidität als Folge einer mit ca. fünf oder sechs Wochen geborenen Gravidität zu tun.

Die Patientin starb plötzlich drei Tage nach der Operation unter den Symptomen einer akuten postoperativen Magendilatation, deren Natur sehr wenig bekannt ist. —

v o n l a H a u s s e - K i r c h w e i d a c h.

Über akzidentelle Herzgeräusche bei Schwangeren. Von Privatdozent Dr. Richard Link in Freiburg i. B. Münchener mediz. Woch., Nr. 15, 14. April 1908, pag. 777.

L. erklärt die Entstehung der akzidentellen Geräusche bei Schwangeren durch eine Art leichter Abknickung, welche speziell die A. pulmonalis durch das emporgedrängte und stärker der Brustwand angelagerte Herz erfährt, indem der Winkel zwischen dem Septum und der A. pulmonalis dabei ein etwas spitzerer wird als in der Norm. Die Herzfigur erfährt in der Schwangerschaft eine Vergrößerung, doch beruht dies nicht etwa auf einer Vergrößerung des Herzens selber, sondern nur auf dem ausgedehnteren Anliegen des Herzens an der Brustwand. Dass sich die Geräusche nicht bei allen Schwängern vorfinden, findet in subjektiven Differenzen seine Erklärung. Die Differentialdiagnose zwischen echten und akzidentellen Herzgeräuschen kann unter Umständen sehr wichtig sein, namentlich wenn es sich um die eventuelle Einleitung einer Frühgeburt handelt. —

F r e u d e n b e r g - D r e s d e n.

Über Follikelreifung und Ovulation in der Schwangerschaft.

Von Privatdozent Oberarzt Dr. L. Seitz. Zentralblatt f. Gyn., No. 10, 7. März 1908, pag. 332.

Der Nachweis eines intakten Eies müsse erbracht sein, meint der Verf., wenn man behaupten wolle, der und der Follikel sei gesund, lebensfrisch und nicht in der Atrophie begriffen. Das Follikelepithel könne noch ganz intakt erscheinen, während das Ovulum bereits der Degeneration verfallen sei. Deshalb wäre von R a v a n o bisher weder der Beweis erbracht, dass die Follikelreifung in der Schwangerschaft ihren regelmässigen und ungestörten Fortgang nehme, noch auch sei es diesem Autor gelungen, einwandfrei zu zeigen, dass eine Ovulation statfinde. Wir müssten im Gegenteil an der Ansicht festhalten, dass die Follikelreifung nur bis zu einem gewissen Grade fortschreitet, dass dann aber unter Hypertrophie und Hyperplasie der Thekaluteinzellen eine Atresie eintritt, und dass somit entsprechend der bisherigen ziemlich allgemeinen Annahme während der Gravidität keine Ovulation erfolgt. —

F r e u d e n b e r g - D r e s d e n.

Die Beziehung der Schwangerschaft zu Fibromyomen der Gebärmutter. Ohne Angabe des Verfassers. The Hospital, 13. Juni 1908, pag. 287.

Die Statistik ergibt, dass verheiratete Frauen in grösserer Zahl an Fibromyomen des Uterus leiden als unverheiratete. Man kann nicht sagen, dass Fibroide schlechthin steril machen. Im allgemeinen verhindern Zervikalfibroide nicht die Empfängnis, ebensowenig

als subperitoneale Geschwülste. Intestinale und ganz besonders submuköse Tumoren beugen meist der Konzeption vor.

Als Gründe für den Nichteintritt der Empfängnis nimmt man an: 1. Die Erweiterung der Uterushöhle bei interstitiellen submukösen oder polypoiden Geschwülsten, welche ein Verweilen des befruchteten Eies verhindern, da die Wände nicht miteinander in Kontakt sind. 2. Das Vorhandensein von Endometritis, mit Verdickung der Schleimhaut und einer den Spermatozoen feindlichen Absonderung. Daher auch die häufigen Aborte bei derartigen Zuständen. 3. Die Schleimhaut über der Geschwulst und Gebärmutterwand kann durch Druck atrophiert sein, so dass ein befruchtetes Ei keine Einbettungsmöglichkeit findet. 4. Das gelegentliche Zusammentreffen von Eileiterentzündung mit Fibroiden kann zu einem Verschluss am Fimbrienende führen und so den Eintritt des Eies verhindern, oder das Lumen der Tube kann durch Streckung und Verbiegung des Eileiters über der Geschwulst verlegt sein.

Ist es aus diesen teils erwiesenen, teils nur gemutmassten Erwägungen einerseits wahrscheinlich, dass die Fibroide einen deutlichen Einfluss auf den Nichteintritt der Empfängnis ausüben, so bleibt andererseits die Theorie, dass die Sterilität zur Entwicklung von fibrösen Geschwülsten die Disposition schaffe, durchaus hypothetisch. Sie beruht vorzüglich auf der statistisch längst widerlegten Annahme, dass Uterusfibroide bei Ledigen häufiger seien als bei Verheirateten.

Tritt Schwangerschaft ein, so wird diese nicht notwendigerweise zum Abort führen, wiewohl es nicht selten dazu kommt. Die Geschwulst selbst hypertrophiert stets während der Gravidität, ebenso wie die Uteruswand, jedoch nach Massgabe ihrer Art und ihres Sitzes. Bisweilen bringt nach der Geburt die Involution des Tumors diesen wieder zu seiner normalen Grösse zurück. Er kann jedoch auch nekrotisieren und durch Sepsis zum Tode führen. Die Nekrobiose kann eine totale oder eine partielle sein. In ersteren Fällen ist ein operativer Eingriff unerlässlich. Man hat auch ein völliges Verschwinden der Geschwulst u. s. w. beobachtet, und in der Tat, wenn ein kleinerer Tumor der Nekrobiose verfällt, so liegt a priori kein Grund vor, anzunehmen, warum er nicht auf Grund eines phagozytischen Prozesses absorbiert werden könnte. —

Freuden berg - Dresden.

Hemothorax. — A case. — Infant five months old. — Aspiration. — Recovery. Von W. P. Northrup A. D., New-York. Archives of pediatrics, 1908, No. 1, pag. 10.

Das Kind erkrankte unter den Erscheinungen einer trocknen Bronchitis mit erschwelter Respiration, Zyanose und sehr erregter Herztätigkeit; nach eingetretener Besserung wurde es aus der Behandlung entlassen, musste jedoch nach einer Woche wiederum ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen wegen derselben Beschwerden.

Das schlecht genährte Kind atmete sehr frequent (80), die linke Brustseite war abgeflacht von oben nach unten, an der Spitze vorn

hörte man unbestimmtes Atmen. Die Herzdämpfung reichte 1—1½ Zoll nach rechts vom Sternum. Kein Fieber.

Bei der Untersuchung kollabierte der Patient. Da keine bestimmte Diagnose gestellt werden konnte und doch so gut wie sicher eine Flüssigkeitsansammlung im Brustraume vorhanden war, so wurde unter Lokalanästhesie die Hohnadel im VI. J. R. eingestochen und mit dem Potain aspiriert. Man entleerte 2 Unzen reines Blut, welches keine besonderen fremden Bestandteile enthielt.

Die Operation verlief ohne Zwischenfall, das Kind erholte sich rasch, behielt aber seine frequente Atmung. Eine nach Monaten akquirierte Pneumonie verlief in 10 Tagen ohne Besonderheiten.

Hochheim-Halle a. H.

Zur Kritik der Extraktion nach A. Müller. Von Dr. Nikolaus Cukor, Kurarzt in Franzensbad. Zentralblatt f. Gynäk., No. 19, 1908.

Der A. Müller'sche Handgriff besteht in Folgendem: Man zieht den mit den beiden Händen regelrecht gefassten, auf die Kante gestellten Rumpf des Kindes vertikal stark nach abwärts (I. Traktion); dadurch kommt die vordere Schulter in die Beckenhöhle, von hier unter die Symphyse, und der vordere Arm fällt meistens spontan in die Vulva, oder kann durch leises Abstreichen mit dem Zeigefinger vor die Vulva geholt werden. Dann hebt man den noch immer auf der Kante gehaltenen Rumpf ziehend mässig stark nach aufwärts (II. Traktion), wodurch auch die rückwärtige Schulter in die Beckenhöhle hinabgleitet und der rückwärtige Arm spontan geboren wird. — Seltener geschieht es, dass beim ersten Senken der vordere Arm nicht geboren, bzw. die vordere Schulter nicht unter die Symphyse getreten ist, und kommt die hintere Schulter als erste in die Beckenhöhle, so ist eine III. Traktion, ein nochmaliges starkes Senken des Rumpfes nötig, wodurch dann die vordere Schulter als zweite extrahiert wird.

C. unterscheidet dabei einen vorderen und einen rückwärtigen kollo-akromialen Durchmesser.

Je nachdem die vordere oder rückwärtige Schulter als erste in das Becken gelangt, wird das Kind bei dem nächsten Heben oder Senken mit dem rückwärtigen oder vorderen, d. h. mit dem entgegengesetzten kolloakromialen Durchmesser den Beckeneingang passieren.

Meist sind zwei Traktionen genügend, selten drei oder gar mehr.

Die Müller'sche, in der Ausführung so einfache Methode, die nur selten erfolglos bleibt, ist wegen des Zeitgewinnes für das Kind von äußerst grossem Vorteil. Ebenso bedeutend ist für die Mutter die Vermeidung oder Verminderung einer

Infektionsgefahr, da die Finger in die Vagina nicht eindringen müssen. Die Gefahr, dass die Arme ihre Haltung verändern könnten, verliert bei dieser Methode an Bedeutung, denn Operator will nur bezwecken, dass die Schultern und nicht die Arme durch den Eingang gelangen, und wie die Erfahrung gelehrt hat, macht die Schulterbehandlung die Armlösung meistens überflüssig, — denn die Arme folgen den Schultern infolge des Tonus ihrer Muskulatur und des Druckes der Beckenwandung. Die Mortalität betrug nur 6,75 %, ist also eine recht günstige. Unter diesen Umständen ist es bedauerlich und verwunderlich, dass das Ausland so sehr viel mehr Interesse für die Methode gezeigt hat, als Deutschland. In dem Falle Veit's, der zu einem absprechenden Urteil gelangte, schiebt Verf. den ungünstigen Erfolg keineswegs auf die Methode, sondern nur auf die gelegentlichen Umstände. Die Methode selbst empfiehlt er auf das wärmste. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Subcutaneous emphysema following exploratory puncture of the chest, with report of cases. Von J. C. Gittings, M. D., Assistant to the University Hospital, Philadelphia Pa. (3942 Chestnut Street). Archives of pediatrics, 1908, Heft 1, pag. 20.

Die drei angeführten Krankengeschichten beweisen, dass eine Probepunktion der Pleura nicht immer ganz gefahrlos verläuft. Das subkutane Emphysem war durch Verletzung der zweimal mit der Pleura costalis verwachsenen und einmal ihr fest anliegenden Lunge entstanden. Das Hautemphysem verschwand nach Tagen bis Wochen ohne Nachteil für die kleinen Kinder. —

H o c h h e i m - Halle.

Einfache Behandlung und Heilung zweier Fälle subperitonealer Uterusruptur. Von Prof. G. Fieux. Revue pratique d'obstétrique et de paediatric — März 1908.

I. Fall. 35 jährige Frau, mit 13 Jahren menstruiert. Sie hat bereits 3 Kinder gehabt, zur Zeit 13, 10 und 7 Jahre alt. Alle drei wurden in Schulterlage geboren.

Die letzte Geburt hatte pathologische Folgen: Retention der Plazenta und Infektion; eine persistente Metritis zwang die Frau, ins Spital zu gehen, wo sie kürettiert und die Zervix amputiert wurde. Nach 3 Monaten Heilung, doch wurde die Periode unregelmässig, zuweilen mehrere Monate aussetzend; dagegen war sehr starker weisser Fluss vorhanden.

Im Dezember 1905, nachdem die Regeln seit mehr als 6 Monaten ausgeblieben waren, verspürt Patientin einige gastrische Störungen, die sie an den Beginn ihrer früheren Schwangerschaften erinnern. Eine herbeigerufene Hebamme konstatiert eine Gravidität von ca. 3 1/2 Monaten. Diese Gravidität nahm einen ziemlich normalen Verlauf. Am 16. Juni 1906 machen sich einige Schmerzen fühlbar und der herbeigeholte Arzt konstatiert ein Vorliegen der linken Schulter. Die kindlichen Herztöne sind gut und beim Touchieren nimmt derselbe eine fast fibröse Härte der Zervix wahr, die durch die ersten Wehen noch gar nicht beeinflusst erscheint.

Am 17. und 18. Juni Status idem. Am 19. verliert Patientin schwärzliches dickes Blut, während der Uterus härter und voluminöser wird. Die kindlichen Herztöne sind weniger gut wahrnehmbar. Gazetamponade der Scheide. Um 11 Uhr

vormittags kräftige und rasch aufeinander folgende Wehen; der Uterus aber wird immer härter und permanent gespannt und die kindlichen Herztöne verschwinden vollständig. Entfernung des Vaginaltampons, wobei konstatiert wird, dass der Blutausfluss andauert und die immerfort ungeheuer harte Zervix in keiner Weise modifiziert ist. Die Patientin ist ungemein blass, der Puls klein und rasch (130), der Uterus voluminös und ungeheuer hart, sodass jedes Palpieren unmöglich ist. Die Vagina enthält schwarzes, dickes sirupähnliches Blut. Die Zervix selbst ist noch intakt, hart, holzartig und gestattet kaum, 2 Finger einzuführen. Auskultation negativ. Autor bestätigt die bereits gestellte Diagnose einer retroplazentaren Blutung und sieht sich durch das Allgemeinbefinden der Frau veranlasst, die Entbindung möglichst rasch vorzunehmen.

Die Zervix wird mittelst der rechten Hand nur langsam und mühsam dilatiert. Nach 15 Minuten jedoch gelingt es, die ganze Hand einzuführen und einen Fuss zu fassen, worauf die Entwicklung und die Extraktion des Fötus mit solcher Leichtigkeit gelingt, dass Autor an eine Uterusruptur denkt, umsomehr, als gleichzeitig der Puls klein und fadenförmig wird. Autor entfernt sofort die Nachgeburt und konstatiert alsdann eine subperitoneale Ruptur, die an der linken Seite des unteren Segmentes in einer Länge von ca. 6 cm ihren Sitz hat.

Autor führt in die Rupturstelle einen Streifen Jodoformgaze und einen zweiten Gazestreifen in die Vagina ein.

Während einer halben Stunde blieb der Puls sehr klein (140), es bestand eine halbe Ohnmacht. Indes besserte sich infolge subkutaner Injektionen von Äther und Koffein der Allgemeinzustand allmählich.

Während der folgenden acht Tage war der Allgemeinzustand ein sehr ernster. Obwohl keine Peritonitis bestand und die Temperatur 37,8° nie überstieg, war das Wochenbett durch profuse Blutungen und durch die Ausstossung brandiger Fetzen gestört; diese Komplikationen wurden abwechselnd mittels Ergotins, subkutaner Injektionen künstlichen Serums und vaginaler Injektionen von Wasserstoffsuperoxyd bekämpft.

Nach 10 Tagen war diese Frau ausser Gefahr.

II. Fall. Frau von 26 Jahren, kommt im Dezember 1906 zur Konsultation in die Klinik. Mit 16 Jahren menstruiert. — Erste Gravidität mit 24 Jahren. Spontane Frühgeburt im siebenten Monate, Forzepsextraktion eines kleinen, schwächlichen Kindes, das mit vier Monaten stirbt. Mit 25 Jahren zweite Gravidität. Spontane Entbindung gegen das normale Ende der Schwangerschaft eines mazierten Kindes.

Die jetzige Gravidität datiert von Mitte Mai 1906 und befindet sich demnach im siebenten Monate. Die Frau ist klein (1,50 m), doch ziemlich gut gebaut. Der Uterus befindet sich 25 cm über der Symphyse, er enthält im Vergleiche zum Fötus, der klein und beweglich ist und in Kopflage sich befindet, eine grosse Menge amniotischer Flüssigkeit. Der Ehemann ist syphilitisch, hat sich seit mehreren Jahren keiner Behandlung mehr unterzogen und seine Frau ist im Verlaufe ihrer Graviditäten nie behandelt worden.

In Anbetracht dieser Verhältnisse verwirft man Syphysiotomie und Kaiserschnitt und entschliesst sich zur künstlichen Frühgeburt, wozu man die Frau für den nächsten Monat in die Klinik bestellt.

Am 21. Januar kommt die Patientin wieder. Uterus 41 cm oberhalb der Symphyse; amniotische Flüssigkeit immer sehr bedeutend; Hinterhauptlage.

Am nächsten Morgen um 8 Uhr Einführung eines kleinen Ballons; um 12 Uhr mittags Beginn der Wehen. Am 23. 6 Uhr morgens Ausstossung des Ballons, Dilatation von der Grösse eines Fünffrankstückes; um 1 1/2 Uhr vollständige Dilatation. Künstliche Zerreiung der Eihäute, Ausfluss einer grossen Menge amniotischer Flüssigkeit.

Da um 4 Uhr abends trotz sehr kräftiger Wehen der Kopf nicht eintritt und keine Neigung dazu hat, versucht man den Forzeps anzulegen. Der Forzeps vermag nicht das Eintreten des Kopfes zu bewirken. Während des Zuges konstatiert man einen leichten Ausfluss schwarzen Blutes, während zugleich die Pat. blass und ihr Puls schwach und beschleunigt wird. Man denkt an Uterusruptur. Ein Wendungsversuch missglückt ebenfalls.

Während dieses letzten Eingriffes Vorfal der Nabelschnur in die Scheide, ihre Pulsationen hören fast augenblicklich auf, Mekonium geht ab, die Auskultation ist negativ. — Vornahme der Kephelotomie.

Ziemlich bedeutende Hämorrhagie. Künstliche Entfernung der Nachgeburt. Die innere Untersuchung des Uterus lässt einen Riss der Zervix im Bereiche des rechten Randes erkennen. Dieser Riss überragt die vaginale Insertion und greift durch einen Defekt von 6 bis 7 cm auf die entsprechende Partie des unteren Segmentes über. Zwei Finger, welche in den Riss eingeführt werden, gelangen in eine Tasche, die vollkommen geschlossen scheint. Es handelt sich also um eine subperitoneale- abdominale Ruptur, die sehr wahrscheinlich intraligamentär ist. Man führt rasch einen mit Wasserstoffsuperoxyd getränkten und gut ausgedrückten Gazestreifen in die Rissstelle ein. Ein zweiter Gazestreifen wird in die Vagina eingelegt. Der Puls beträgt 124, aber deutlich fühlbar; das Gesicht ist blass, aber nicht ängstlich.

1 1/2 Stunden nach der Geburt hat sich das Allgemeinbefinden gebessert, der Puls beträgt 100, das Gesicht ist leicht gefärbt und neben dem Uterus bemerkt man die Hervorragung, welche durch die den Riss tamponierende Gaze gebildet wird.

Nach 24 Stunden Entfernung des Gazetampons; Ausfluss einer sehr kleinen Menge schwarzen Blutes. Vaginale Injektion mit Wasserstoffsuperoxydlösung. Die weitere Behandlung bestand alle 2 Tage in der Injektion einer 6 volumteiligen Wasserstoffsuperoxydlösung in die Vagina.

Das Wochenbett verlief, einige vorübergehende Temperatursteigerungen bis zu 38,6 ausgenommen, normal, vor allem traten keine Blutungen auf. Am 40. Tage verlässt Patientin die Klinik in vollkommener Gesundheit.

Bei Betrachtung dieser zwei Fälle kommt Autor zu der Frage, ob die jetzige allgemein übliche Behandlung der Uterusrupturen, nämlich die totale oder subtotale Hysterektomie nicht ein zu radikales Vorgehen ist, ob man in gewissen Fällen nicht mit anderen therapeutischen Massnahmen ans Ziel käme. Von dem ersten Falle sieht Autor ab, denn die betreffende Kranke hätte vernünftigerweise operiert werden sollen. Betreffs des zweiten Falles jedoch stellt Autor die Frage, ob bei einer Uterusruptur des unteren Segmentes von sehr geringer Ausdehnung, die sehr wahrscheinlich subperitoneal ist und die in einer so sehr aseptischen Umgebung als sie die bestgeleitete und durch keine Hämorrhagie komplizierte Entbindung ermöglicht, es nicht gestattet ist, zuzuwarten.

Die Tamponade der Rupturstelle mittelst mit Wasserstoffsuperoxyd getränkter Gaze, eines ausgezeichneten Hämostatikums und vollkommenen Desinfiziens, kann jedenfalls nur als ein gutes Zuwartungsmittel gelten, bis alles zur Laparotomie hergerichtet ist. Und wenn nach kurzer Zeit das Allgemeinbefinden der Patientin progressiv sich bessert, wenn eine sorgfältige Beobachtung zeigt, dass jede Gefahr einer Hämorrhagie beseitigt ist, warum sollte die Zuwartungsbehandlung, bis nicht ein neues Symptom eine neue Indikation stellt, zur definitiven Behandlung werden?

Während bei einer Multipara, welche schon mehrere lebende Kinder hat und die Ruhe wohl verdient hätte, die Hysterektomie ohne Reue und Bedenken ausgeführt werden kann, scheint bei einer Frau, welche kein Kind hat und Mutter zu werden wünscht, dem Autor der Versuch der Erhaltung des Uterus sehr erlaubt. —

Dr. von la Hausse - Kirchweidach.

Die Behandlung der Eklampsie. Von Geh. Hofrat Dr. Osterloh in Dresden. Münch. med. Woch., No. 11, 1908, pag. 553.

Bei drohender Eklampsie in der Schwangerschaft unterbrich

der Verf. diese. Ferner Dilatation mit Bossi oder mit Laminaria bis zur Möglichkeit der Einführung eines Gummiballons. Tritt Eklampsie bei erhaltenem Mutterhals und geschlossenem Os ein, werden Bossi oder tiefe Zervixinzisionen angewandt. Wo schonenderes Verfahren angängig, Metreuryse. Aderlass bei hartem vollen Puls, Salzwasserinfusionen, Morphin- (ev. mit Skopolamin-) Injektionen, Äther und Kampfer subkutan, Koffein und Bestrahlung mit elektrischer Glühlampe zur Diaphoresis vervollständigen diese therapeutischen Massnahmen je nach dem Fall. In Zukunft will der Verfasser auch noch Sauerstoffinhalationen und Herzmassage bei Kollaps zur Anwendung bringen —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

ber die Lebensfähigkeit Neugeborener bei sehr grossen inoperablen Nabelschnurbrüchen. Von Dr. D e r l a c h e r in Ettlingen. Münch. med. W., No. 11, 1908, pag. 565.

Verf. rät, solche Nabelbrüche gegen Stoss und Druck zu bewahren und durch feuchtwarme Umschläge mit physiol. Kochsalzlösung (ev. Borsäure) die rasche Entwicklung des Keimgewebes zu fördern. Vor allem komme es zunächst auf die Lebenserhaltung an; ein älterer, kräftigerer Säugling überwinde leichter einen späteren operativen Eingriff. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Dammschutz bei Geburten. Von Dr. C. R i n d f l e i s c h in Gera. Zentralblatt f. Gyn., No. 11, 14. März 1908, pag. 367.

Verf. empfiehlt das nachstehende Verfahren. Er drückt sterile feuchte Wattekissen (10 cm lang, 7 cm breit, 10 g Watte enthaltend) erst mit der Hand (dieselben werden alle 5—10 Minuten gewechselt), sodann mit Dammschutzplatte (mit Griff) vor dem Durchschneiden des Kopfes gegen den Damm. Den so gewährten Schutz erblickt er in 4 Momenten. Erhöhung der Weichheit, Nachgiebigkeit und Elastizität des Dammes durch die erzeugte Hyperämie, grössere Leichtigkeit, der Bewegung des Kopfes mit dem Instrument zu folgen, Kontakt des Dammes mit nur sterilen Gegenständen, kühlende Wirkung des Kissens als Annehmlichkeit für die Kreissende.

Die Dammschutzplatte stellt die Firma Abr. Schädel, Leipzig, Reichsstrasse 14, zum Preise von 1,50 M. her (10 Stück = 6 M.) —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Dammschutz. Von Dr. N a c k e in Berlin. Zentralblatt f. Gyn., No. 24, 12. Juni 1908, pag. 795.

Der Verf. erklärt, dass man wohl zwischen dem unterscheiden solle, was ein Dammschutz leisten k ö n n e und was er leisten m ü s s e.

Er k ö n n e das Einreissen des Dammes nicht unter allen Umständen verhüten, er m ü s s e dagegen stets bewirken, dass der Kopf (möglichst langsam) mit der kleinsten, der subokzipitofrontalen Peripherie durch die Vulva trete. Dem entspricht am besten ein

von ihm erst zögernd, dann immer zuversichtlicher ausgeübter Handgriff, den er selbst folgendermassen beschreibt:

„Die Kreissende liegt auf dem Rücken, Steiss erhöht. Beim Beginne des Einschneidens des Kopfes, wenn der Kopf auch in der Wehenpause in der Vulva zum ersten Male sichtbar bleibt, setze ich die Finger der rechten Hand (im Kreise um den geborenen Teil des Kopfes herum) dicht am Rande der Vulva auf dem Kopf auf, so dass Mittel- und Ringfinger vor dem Schambogen, der Daumen auf den Scheitelbeinen zu liegen kommt. Ich kann dann zunächst durch Druck des Mittel- und Ringfingers auf das Hinterhaupt in der Richtung nach dem Damm zu in der Wehe bewirken, dass das Hinterhaupt besser und weiter unter dem Schambogen geboren wird; dabei kann ich zweitens mit dem auf den Scheitelbeinen aufgesetzten Daumen ein zu frühzeitiges und zu schnelles Hervorrollen des Vorderhauptes über den Damm durch Druck des Daumens auf die Scheitelbeine in der Richtung der Beckenachse verhindern und gleichzeitig auch allein durch diesen Druck, wenn ich die am Hinterhaupt aufgesetzten Finger lüfte, das Hervortreten der Hinterhauptes unter dem Schambogen begünstigen, während es mir drittens in jedem Augenblick durch einen Druck sämtlicher Finger in der Richtung nach dem Steissbein hin in die Hand gegeben ist, jedwedes ungünstige oder für den Damm gefährvolle Vorschreiten des Kopfes völlig zu verhindern.

Zeigefinger und Daumen der linken Hand liegen bei Beginn dieser Tätigkeit der rechten Hand noch völlig müssig am Damm, etwa in der Gegend der Stirnhöcker, sind natürlich jeden Augenblick während einer Wehe bereit, durch Gegendruck auf die Stirn nach hinten und etwas nach oben die rechte Hand in ihrem Bestreben, das Vorderhaupt zurückzuhalten, bis das Hinterhaupt völlig unter dem Schambogen geboren wurde, zu unterstützen. Ist nun der Augenblick gekommen, wo das Hinterhaupt von vier Fingern der rechten Hand bis in die Nackengegend umgriffen werden kann, dann ziehe ich gewissermassen das Hinterhaupt, indem ich dabei einen starken Druck mit dem Daumen auf die Scheitelbeine zur Entlastung des Dammes ausübe, unter dem Schambogen in der Richtung gerade nach vorn (auch dadurch wird der Damm entlastet) hervor, lasse die Frau schnell und tief einatmen und streife dann, oder besser in der darauf folgenden Wehenpause, mit den beiden am Damm liegenden Fingern der linken Hand die Kommissur langsam und vorsichtig über Stirn und Gesicht nach hinten.“ —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Geburt eines ungewöhnlich grossen Kindes unter ungewöhnlichen Umständen. Von Dr. Adolf Bauer, Hebammenlehrer, Stettin. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 24, 1908.

Verf. beschreibt die Geburt eines, wie aus der Einleitung zu erraten, (im Text fehlt die genauere Angabe) über 5000 g schweren Kindes. Die Mutter war eine 32—35 Jahre alte Zigeunerin (IXpara) in sehr elendem Ernährungszustand, und wurde mit Eklampsie in Wehen in die Stettiner Entbindungsanstalt eingeliefert. Der fötale

Kopf wurde mit der Zange entwickelt; besondere Schwierigkeiten machten die Schulter. Weder Zervix- noch Dammriss. Wochenbett normal. Beide Eltern waren untermittelgross. Die Grössenverhältnisse des Kindes waren: Diam. bipariet. 9,5 cm; diam. frontoocc. 11,5 cm; diam. mentoocc. 13,0 cm; Umfang des Kopfes 36 cm. — Schulterbreite 15,0 cm; Schulterumfang 45,0 cm; Brustumfang 39,5 cm; Hüftbreite 13,5 cm; Hüftumfang 39,0 cm. Die Plazenta (22—18,5) wog 850 g, die Nabelschnur war 2 cm dick und 75 cm lang.

Freudenberg - Dresden.

Zum hohen Querstand der Gesichtslage und ihrer Behandlung mittels hoher Zange. Von Dr. Rob. Ziegenspeck in München. Zentralblatt f. Gyn., No. 24, 12. Juni 1908, pag. 791.

In den Fällen, in welchen die Indikation zur Entbindung eintritt, der in hohem Querstand bei Gesichtslage befindliche Kopf aber den Beckeneingang nicht passiert hat, wo die Wendung nicht mehr gelingt oder wegen verdünnter Zervix nicht mehr gewagt werden darf, da muss, ehe man bei lebendem Kind zur Perforation greift, die hohe Zange angelegt werden. Hierbei aber leistet die normale Zange unter stehenden Fraktionen (der Operateur steht dabei) nach Oslander nicht nur dasselbe wie die Achsenzugzange, sondern sogar noch mehr. Als Gründe hierfür zählt der Verf. auf:

1. Dass man die einfache Zange stets zur Hand hat und nicht auf ein kompliziertes kostspieliges Instrument (eine Menschenrettungsbatterie) angewiesen ist.

2. Dass man im Moment, wo der Kindskopf folgt, die Druckrichtung ändern und dem gefährdeten Damm ausweichen kann, mit Achsenzugzange nicht.

3. Dass man mit dem einfachen Instrument besser eingeübt ist.

4. Dass man bei Abwesenheit von Scharnieren, Gelenken etc. imstande ist, die Bewegungen des Kindskopfes zu fühlen, wodurch der Vorteil jener Instrumente, bei welchen man sie an den Zeigern sehen kann, reichlich überwogen wird.

Letztere Einrichtung hat die Bräuss'sche Achsenzugzange, dagegen fehlt ihr die Dammkrümmung, sodass sie den Damm noch mehr gefährdet als die Tarnier'sche Achsenzugzange.

Verf. berichtet über einen besonders glücklich verlaufenen einschlägigen Fall. —

Freudenberg - Dresden.

Der vaginale Kaiserschnitt in der Praxis. Von Dr. Lunckenbein, Oberarzt des städtischen Krankenhauses in Ansbach. Münch. med. W., No. 23, 9. Juni 1908, pag. 1229.

Verf. will beim engen Becken nicht einer vermehrten operativen Tätigkeit das Wort reden, sondern vielmehr ein Verfahren empfehlen, bei dem der Arzt möglichst lange zuwarten kann, um dann bei drohender Gefahr die Geburt rasch beendigen zu können. Die hohe Zange ist eine gefährliche Sache, die Perforation eine grau-

saume, beide lassen sich — für viele Fälle wenigstens durch ein Verfahren ersetzen, welches in der Spaltung der vorderen Gebärmutterwand ohne Abtrennung des Scheidengewölbes und ohne Abpräparieren der Blase besteht. Je nach den Verhältnissen wird sich alsdann Extraktion am Fuss oder Zange anschliessen haben. Für den praktischen Arzt ist das Verfahren durchaus geeignet, da es ungefährlicher als die hohe Zange und schonender als die Perforation ist. Nicht nur bei Hindernissen der weichen Geburtswege, auch bei Beckenenge ersten und zweiten (bei kleinem Kopf selbst dritten) Grades ist die vaginale Zäsarotomie in der vorgeschlagenen Form anwendbar.

Verf. will, wie schon angedeutet, nicht jeden alleinstehenden Geburtshelfer veranlassen, diese technisch nicht unschwierige Operation zu probieren, aber doch den einen oder andern in der Praxis operativ tätigen Kollegen auf dieselbe hinweisen. In der modifizierten Form verdiene sie zwar nicht mehr den alten stolzen Namen, sondern müsse sich bescheiden einfach als *Hysterotomia anterior* bezeichnen lassen. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die bleibende Erweiterung des engen Beckens. Von Dozent Dr. G. Schickele, Oberarzt der Klinik (Frauenklinik) der Universität Strassburg i. E. Zentralblatt f. Gyn., No. 17, 25. April 1908, pag. 551.

Verf. hat in einem Falle durch treppenförmige Durchschneidung des Knochens und die Abduktion der Beine im Wochenbett eine bleibende Erweiterung des Beckens erzielt. Es bildete sich weder ein Kallus, noch eine Verwachsung überhaupt, sondern eine persistierende Dehiszenz, in der gerade das günstige Moment zu suchen ist. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Der kreissende Uterus als Bruchinhalt bei Bauchbruch nach konservativem Kaiserschnitt. Kaiserschnitt nach Porro. Von Dr. W. Schmidt, Frauenarzt in Plauen i. V. Zentralblatt f. Gyn., No. 25, 20. Juni 1908, pag. 824.

Der Verf. veröffentlicht einen diesbezüglichen Fall, um die unangenehmen Komplikationen darzutun, welche durch Peritonealadhäsionen mit ihren eine neue Schwangerschaft erschwerenden Folgeerscheinungen hervorgerufen werden können. Der Fall selbst verlief zwar für Mutter und Kind günstig, doch musste wegen umfänglicher Dekubitusgeschwüre nach Porro amputiert werden.

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

Für zweifelhaft aseptische Fälle, in denen kein Fieber besteht, hat der extraperitoneale Kaiserschnitt dann grosse Vorzüge, wenn die prophylaktische Vereinigung der Peritonealblätter wieder gelöst und getrennt vernäht werden kann. Wo Fieber besteht und man Bedenken trägt, den Peritonealsack wieder zu öffnen, erscheint es besser, am Porro festzuhalten. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Extraperitonealer Kaiserschnitt. Von Dr. Adam C z y z e w i c z jun., Assistenzarzt der k. k. Hebammenschule zu Lemberg. Zentralblatt f. Gyn., No. 25, 20. Juni 1908.

Um festzustellen, ob die Operation des extraperitonealen Kaiserschnittes eine Zukunft hat und wie sich ihre Technik ausgestalten muss, hält der Verf. dafür, dass man bei der Veröffentlichung einschlägiger Fälle über folgende Punkte genau Rechenschaft geben sollte:

1. Der Grad der Dehnung des unteren Uterinsegmentes, was einzig und allein die mögliche Ausdehnung eines Längsschnittes feststellen könnte.

2. Das gegenseitige Verhalten des vorangehenden Teiles, der Fruchtblase und des unteren Uterinsegmentes.

3. Der Stand der Peritonealumschlagsfalte, und zwar nicht nur deren unterste Grenze, sondern auch die Stelle des festen Ansatzes an die Gebärmutter.

4. Die Art und Festigkeit der Verbindungen zwischen Blase, Gebärmutterhals und Scheide.

5. Das Verhalten des Halskanals nach der Geburt des Kindes, d. h. seine ev. Verkleinerung, was die Länge und Breite anbetrifft, da dieser Vorgang sich hier vor unseren Augen abspielt und viel zur bisher nicht ganz aufgeklärten Physiologie der Gebärmutter in partu beitragen kann.

Verf. veröffentlicht selbst einen entsprechenden, glücklich für Mutter und Kind verlaufenen Fall unter Berücksichtigung der oben angeführten Momente. Auf Grund desselben stellt er fest, dass ein rein extraperitonealer Kaiserschnitt bei normalen anatomischen Verhältnissen sicher mit gutem Effekt für Mutter und Kind möglich ist, und dass der Verlauf der Operation, ihre leichte Ausführung und die dabei beobachteten Vorteile sehr zu weiteren Versuchen ermuntern.

Statt des bisher üblichen Querschnittes scheint dem Verf. der Längsschnitt der Haut und der Faszie empfehlenswerter. Zum Schlusse deutet er die Möglichkeit einer nicht unerheblichen Gefahr an, nämlich das Verhalten der Narbe in späteren Schwangerschaften nach vollzogenem Zervikalkaiserschnitt. Bricht schon bisweilen in dem starken muskulösen Gebärmutterkörper die alte Narbe nach dem klassischen Kaiserschnitt im Laufe der nächsten Schwangerschaft auf, so liegt bei dem während der Geburt ad maximum gedehnten Halse um so mehr die Besorgnis vor, es möchte zu einer Uterusruptur kommen. Hierüber kann natürlich erst die Zukunft Auskunft geben, indes ist diese Frage wichtig für die Aussichten der Operation überhaupt. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Beitrag zur Behandlung der Enteritis follicularis bei Kindern. Von Dr. G. R a f f a e l i (Ospedale Maggiore in Bergamo). Gazetta degli ospedali e delle cliniche 1908, No. 80.

Der Dickdarmkatarrh ist eine der häufigsten Erscheinungen in der Kinderpraxis, der in sehr hartnäckigen Fällen den Tod des Kindes herbeiführen kann.

Die Ursachen der Enteritis follicularis sind zuweilen dieselben, welche Gastritis und Gastroenteritis verursachen, d. h. Fehler in der Diät; hauptsächlich sind diese Erscheinungen jedoch infektiöser Natur durch verschiedene Arten Kokken oder Kolibazillen und zuweilen durch *Pyocyaneus* hervorgerufen. Sie kann sich im Anschluss an Cholera infantum, langdauernde Dyspepsie usw. entwickeln oder nach Infektionskrankheiten, wie z. B. nach Masern. Die anatomisch-pathologischen Veränderungen befinden sich hauptsächlich oder fast ausschliesslich im Dickdarm, zuweilen nur in dessen unterem Teil, verbreitet.

Bei der Therapie sind Diät und therapeutische Behandlung zu unterscheiden. Die exklusiv mehligte Diät ist diejenige, die von allen Kinderärzten bevorzugt wird und ihr Nutzen wird durch die neuere Literatur bestätigt. In der Tat, die mehligten Nahrungsmittel sind ein schlechter Nährboden für die proteolytischen Bakterien (Heubner); sie verhindern die Fäulnis des Kaseins, indem sie die Herstellung von Milch- und Bernsteinsäure begünstigen (Combe). Sie rufen einen gewissen Grad Darmantiseptis hervor und stellen die Darmbewegungen ruhiger (Feneire).

Die Diät allein ist jedoch nicht genügend, wenn sie nicht durch sachgemässe medikamentöse Behandlung unterstützt wird.

Von der grossen Menge der angewandten Mittel erwies sich das Tannalbin am zuverlässigsten, besonders wenn es nach der Vorschrift von Wyss gleichzeitig als Klystier und per os angewandt wird.

Zum Klystier verwendet man:

Tannalbin Knoll	0,50
Decoct. amyl.	0,5/50

D. S. 1 bis 3 mal täglich zum Klystier.

Verf. verwendet zuerst Rizinusöl bei wässriger Diät von etwa zwölf Stunden; dann verschreibt er bei einer strengen, ausschliesslich aus mehligten Speisen bestehenden Diät morgens einen kleinen Löffel Rizinusöl und abends ein Tannalbin-Klystier nach folgendem Rezept:

Tannalbin Knoll	0,50—1 00 g
Decoct. amyl.	50 g
Tinct. opii simpl. gtt.	II—VI.

R. fügt etwas Opiumtinktur hinzu, um zu vermeiden, dass das Klystier gleich zurückgedrängt wird; er empfiehlt, nur Tannalbin-Knoll zu verwenden, da mit anderen ähnlichen Präparaten sehr minderwertige Resultate erzielt werden. Die Behandlung durch Klystiere ist sehr günstig, da vor allem das Mittel in direkte Berührung mit dem kranken Teil des Darmes kommt, und da die Darreichung per os infolge der Neigung zum Brechen nicht immer leicht ist.

Diese Methode gab auch bei veralteten Fällen stets gute Erfolge; auch lässt sie sich bei Säuglingen anwenden, wenn man die Mutter weiter stillen lassen will. — R.

Myxedema (with report of a case). Von A. M. Davis, M. D., Germantown, Pa. Archives of pediatrics 1908, No. 11, pag. 14.

Das Myxödem kommt in einigen Teilen Schottlands und Amerikas häufig vor. Irland, Deutschland und Belgien weisen wenig Fälle auf, aus Norwegen werden nur vier Fälle gemeldet.

Seine Entstehung verdankt es dem Schwinden der Schilddrüse, die entweder durch Krankheit oder durch Operation der Zerstörung anheimgefallen ist. Es kann aber auch ein angeborener Defekt der Thyreoidea vorliegen, sodass die Kinder den Eindruck vollkommener Kretins machen.

Ein ausgebildetes Myxödem ist kaum zu übersehen; nur im beginnenden Stadium kann ev. eine Verwechslung mit Morbus Basedowii und chron. Nephritis stattfinden. Der erstere kann dem Myxoedem vorausgehen oder es begleiten und so die sichere Diagnose verschleiern. Doch die Herzsymptome des M. Basedowii, das Fehlen der Ödeme, der Exophthalmus und die nervösen Symptome klären die ganze Lage des Falles. Bei chronischer Nephritis findet sich stets die Thyreoidea erhalten; die echten Ödeme und die erhaltenen geistigen Eigenschaften lassen leicht die wirkliche Diagnose stellen.

Der angeführte Fall betraf ein 4jähriges Mädchen, dessen Krankheit erst kürzlich in Erscheinung trat. Es war unfähig zu sprechen, die Zunge hing zum Munde heraus, der Speichel floss permanent, der ganze Körper machte einen gedunsenen Eindruck; es bestand Incontinentia alvi et urinae; das Kind zeigte ein sehr aufgeregtes Temperament.

Neben diätetischer Behandlung können Arsen, Strychnin, Ergotin, Pilocarpin und Schilddrüsenpräparate gegeben werden. —

H o c h h e i m - Halle.

Zur Behandlung der Oberarmbrüche Neugeborener. Von Dr. Friedrich Brewitt, Assistenzarzt der Universitäts-Frauenklinik in Greifswald. Zentralblatt f. Gyn., No. 13, 1908, pag. 421.

Verf. hat für den Oberarmbruch der Neugeborenen eine binnen $\frac{1}{4}$ Stunde herstellbare, gut abnehmbare Hülse des Armes erdacht. Die Hülse teile fixiert er mit einer Trikotschlauchbinde. Ihre Herstellung beschreibt er wie folgt:

Zunächst ist es empfehlenswert, am Körper des Kindes aus Leinwand eine Form sich aufzuzeichnen, diese wird in mehrfachen Mullagen (8—10fach) in gleicher Weise ausgeschnitten und nach Art einer Longuette mit gutem Alaun-Gipsbrei (stetiges Umrühren der Alaun-Gipsmenge unter langsam einstreuender „säender“ Anfuhr von feinem Gipspulver) durchtränkt und durchwaltet und dann an die mit Glyzerin eingefettete Körperhaut direkt angelegt. Auf diese Weise bekommt man ein genaues Negativ der Körperform. Die Haltung der Extremität ist dabei folgende:

Der Oberarm ist bis zu 45° abduziert, der Vorderarm rechtwinkelig in Supination gebeugt. Stützpunkte für die Gipschiene

sind die Thoraxwand, die Achselhöhle und die Beugefläche des Vorderarmes, indem die Halbmanschette sich vom Handgelenke bis zur Achselhöhle und von da bis zum Rippenbogen erstreckt. Am Rumpf umfasst die Schiene den Thorax hinten bis zur Wirbelsäule, vorn bis zur Mammillarlinie. Es ist nur nötig, dass eine helfende Hand die gebrochene Extremität in der oben angegebenen Weise kurze Minuten hält, bis der Gips erstarrt ist, wobei darauf zu achten ist, dass durch leichten Zug am gebeugten Unterarm die Verkürzung ausgeglichen wird, was bei dem geringen Muskelwiderstand der kleinen Patienten ohne Schwierigkeit geschehen kann. Unterdessen kann durch streichende, anmodellierende Bewegungen die Gipshülse den Konturen des Armes, der Achselhöhle und des Thorax gut angepasst werden. Ist der Gips erstarrt, so wird er noch einen Augenblick ruhig in seiner Lage gelassen und eine zweite, den Ober- und Unterarm bis zur Mitte dorsal deckende Schiene angefertigt, für die 5—6 einfache Mullagen genügen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ernährung mit abgesogener Muttermilch. Von Dr. v. Stark, Heinrich-Kinder-Hospital in Kiel. Münch. med. W., Nr. 25, vom 23. Juni 1908, pag. 1337.

Verf. plaidiert dafür, dass abgesogene Muttermilch in viel ausgedehnterem Masse angewandt werden sollte, als wie dies geschieht. Manchem Säugling könnte auf diese Weise zum rechten Gedeihen verholfen werden. Für manche unbemittelte Frau eröffnete sich eine bequeme und erträgliche Erwerbsgelegenheit. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.



Rezensionen.

Frontaler Gefrierdurchschnitt durch die Beckenorgane einer an Ruptura uteri bei verschleppter Querlage verstorbenen Kreissenden. Von Privatdozent Dr. Wilh. Zangemeister, Königsberg i. Pr., mit 4 Tafeln und 11 Abbild. Leipzig 1907. F. C. W. Vogel. Preis 60 M.

Den vorhandenen 9 Gefrierdurchschnitten aus der Austreibungsperiode fügt der Verfasser einen 10ten hinzu, welcher sich insofern als eine wertvolle Ergänzung der bisherigen Schnitte erweist, als es sich um eine verschleppte Querlage mit daran anschliessender Uterusruptur handelt. Betreffs der Wiedergabe bringt der Schnitt auch deshalb etwas Neues, weil statt der meist gewählten sagittalen eine Frontalebene bevorzugt wurde, wodurch die Darstellung der Uterusruptur und Querlage ganz besonders schön sich präsentiert.

Zunächst bringt der Verfasser die Geburtsgeschichte der Verstorbenen ausführlich; aus dieser sei erwähnt, dass bei einer Erstgebärenden mit mässig allgemein verengtem Becken und nicht vollständig ausgetragenem Kinde (35. Woche), die Hebamme, welche 1 1/2 Tage nach Beginn der Wehen gerufen wurde, und angeblich sogleich durch die äussere Untersuchung die Querlage festgestellt hatte, erst 11 Stunden nach

dem Blasensprung bei vollständig erweitertem Muttermund zum Arzt schickte. Diesem gelang, ebenso wie einem zweiten hinzugezogenen Kollegen in tiefer Narkose die Wendung nicht und wurde deshalb ohne Erfolg die Dekapitation und Exenteration des inzwischen abgestorbenen Kindes versucht, wie auch die Selbstentwicklung durch Zug an der vorliegenden Hand und auch nochmals die Wendung. Darauf wurde die Kreissende in die Königsberger Frauenklinik überführt (24 Stunden nach dem Blasensprung). Eine halbe Stunde vor der Ankunft — nach weiteren $4\frac{1}{2}$ Stunden — war inzwischen der Exitus erfolgt.

Bei der nach 2 Tagen vorgenommenen Obduktion fand sich rechts ein schräg medianwärts verlaufender Riss, aus dem ein Segment des Kopfes herausragte; ein zweiter kleinerer Riss wurde links gefunden. Das Becken mit einem Teil der Wirbelsäule und den Beckenorganen wurde ausgesägt, der Situs durch Gefrierenlassen fixiert und das Präparat so durchsägt, dass der Schnitt in die Rissebene fiel.

Der Verfasser bespricht dann die Schnittebene und die Lage des Kindes.

Im nächsten Absatz sind der Fruchthalter und Geburtsschlauch in ihren anatomischen Verhältnissen besprochen unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse, welche das Corpus, die Zervix und die Scheide aufweisen.

Bei der Besprechung der Zerreissung erfahren wir, dass der kleinere linksseitige Riss nicht bis zum Kontraktionsring reicht, während der grössere rechtsseitige die Scheidenwand, die Zervix und das parametrane Bindegewebe durchsetzt und im oberen Teil bogenförmig nach hinten verläuft und das Peritoneum getrennt hat. Er reicht bis dicht unter den Kontraktionsring.

Der Mechanismus der Querlage wird ausführlich besprochen (es handelt sich um eine dorso-posteriore, „verschleppte“ Querlage) und besonders darauf hingewiesen, dass die Frucht in sehr vollkommener Weise so von den Wehen zusammengeschoben ist, dass ein nach vorn hin zugespitzter vorangehender Teil entsteht.

Der Verfasser beleuchtet dann kritisch an der Hand mechanischer Gesetze die Veränderungen des Uterushohlmuskels, wie sie sich als Rektion und Steigen des Kontraktionsringes darstellen.

In gleicher Weise wird die Entstehung der Einrisse als eine Folge der therapeutischen Massnahmen nach allgemein gültigen Gesetzen der Mechanik dargestellt und des weiteren ausgeführt, wie daraus die komplette Ruptur entstanden ist.

Die eingeschlagene Therapie wird kritisch besprochen, und empfohlen, bei derartigen verschleppten Querlagen, wenn bereits der Hals dicht der Beckenwand anliegt und von oben nach unten verläuft, zunächst zu exentrieren und dann den Hals zu durchtrennen eventl. unter Benutzung eines grossen Schuchardt'schen Schnittes auf der Seite des Halses.

Der Gefrierschnitt stellt jedenfalls eine sehr wertvolle Bereicherung unserer Hilfsmittel für den Unterricht dar, weil er in ausgezeichneter und sehr instruktiver Weise die genauen Verhältnisse bei der Entstehung der Uterusruptur zur Anschauung bringt, Dr. B u s s e - Jena.

Vademecum der weibl. Gesundheitspflege. Von San.-Rat Fürst-Berlin. 2. vermehrte u. verb. Aufl., gr. 8^o VII. u. 106 S. Würzburg 1907. Curt Kabitzsch, Preis geb. 1.90 M.

Verfasser bespricht die Materie in 12 Kapiteln. Das Büchlein ist

wohl nur für Laien berechnet, sehr fließend und schön geschrieben, jedoch überall mehr auf den klinisch-theoretischen Standpunkt sich stellend. Viele praktische Ratschläge über ihre Gesundheitspflege wird sich die Frau darin nicht holen können, da die hygienisch-diätetische Seite zu kurz gekommen ist aus obigem Grunde. Wenn z. B. das kritische Alter mit 8 Seiten klinischer Auseinandersetzungen und $\frac{1}{2}$ Seite oberflächlicher Ratschläge über das hygienisch-diätetische Verhalten weg kommt, so heisst das mager. Das Büchlein hat nur einen falschen Titel, ist aber sehr interessant geschrieben und wird Laien über manches aufklären. —

Keller - Zürich.

Der Mensch ein Vierfüssler. Eine anatomische Entdeckung samt neuer Erklärung der bisher falsch gesehenen menschlichen Fortpflanzungsorgane. Von Ernst Klotz, Leipzig. Mit 25 Zeichnungen vom Verfasser, gr. 8° u. 106 S. Leipzig 1908, Otto Wigand. Preis M. 5,70.

Der Schrift ist ein Begleitblatt des Verlegers beigegeben, auf dem dieser erklärt, dass er zuerst gegen die Herausgabe des Werkes, das einen medizinischen Laien — einen Münchener Künstler — zum Autor hat, grosse Bedenken hatte, die sich ihm aber zerstreuten, als ihm von fachwissenschaftlicher Seite versichert wurde, dass die Behauptung und ein Teil der Beweisführung nur für den Fachmann sei. Der Verf. sucht nämlich zu beweisen, und, wie ich glaube, ist ihm diese Beweisführung gelungen, allerdings in einer Darstellung, die ein sehr eigentümliches, beinahe pathologisches Gewand trägt, dass die gewöhnliche Art der Kohabitation nur unnatürlich und dem anatomischen Bau der beiderseitigen Fortpflanzungsorgane und dem Zweck der Befruchtung nur unvollkommen entsprechend sei. Wie Verf. an dem Bau und der Lage der einzelnen Teile der Begattungsorgane nachweist, lässt nur die Begattung *more bestiarum* (Vornüberbeugung der Femina) ein vollkommen harmonisches Ineinanderpassen und Funktionieren der einzelnen Teile zu so dass dabei beide Geschlechter eine vollkommen harmonische Einheit bilden. Bei der allgemein üblichen Menschenlage ist die Klitoris (oben) so gut wie ausser Funktion, sie ist auf dem toten Punkt, ist höchstens mit dem Dornenpenis ein wenig in Kontakt, während die untere Fläche der Glans speziell das Frenulum praeputii, die eigentliche männliche Reibfläche bildet. In der Vierfüsslerstellung dagegen kommt bei der Einführung das Frenulum praeputii auf das Frenulum clitoridis, die weibliche Reibfläche, zu liegen und die Eichel bzw. der Schaft wird von den beiden Schwellkörpern der Klitoris von unten umfasst. Das Hymen ist nicht da, um zerstört zu werden, wie es bei der „Menschenlage“ notwendig ist, sondern die kugelförmige Glans passt wie bei der organgemässen Vierfüsslerstellung genau in den herzförmigen Ausschnitt des Hymens (Spitze nach oben). Das Sekret der Bartholinischen Drüsen, die bei geschlossenen Labien unmittelbar auf dem Hymen aufliegen, fliesst dabei entlang dem Hymen einwärts zum Orificium vaginae, während es bei der Menschenlage, entsprechend dem Gesetz der Schwere, zwecklos nach aussen abfliessen muss. Weiterhin gleitet die ventrale Fläche der Glans mit

dem Frenulum und derjenigen des Penischafts über die so schlüpfrig gemachte Gleitfläche des Hymens zu der Reibefläche der Vagina, die sich als stark geringelt und gefaltet darstellt und kommt beim Samenerguss direkt über die ventrale Lippe des Orificium externum uteri (Fanglippe) zu liegen, so dass ein sofortiges Eindringen der Spermatozoen in den Uterus möglich ist, während bei der Menschenlage der Samen in die Scheide ergossen wird und es mehr dem Zufall überlassen bleibt, ob die Spermatozoen, nachdem sie durch das saure Scheidensekret in ihrer Struktur geschädigt sind, in den Uterus gelangen. Es ergibt sich daraus die Wichtigkeit der angemessenen Stellung der Frau für sterile Ehen, wenn weder von seiten des Mannes noch der Frau organische Schädigungen vorliegen. —

H o p p e - Königsberg.

Vergleichende Volksmedizin. Eine Darstellung volksmedizinischer Sitten und Gebräuche, Anschauungen und Heilfaktoren, des Aberglaubens und der Zaubermedizin. Unter Mitwirkung von Fachgelehrten herausgegeben von Dr. O. v o n H o v o r k a-Wien und Dr. A. K r o n f e l d-Wien. Mit einer Einleitung von Prof. Dr. M. N e u b u r g e r. 2. Abteilung. gr. 8^o u. 327 Seiten. Mit zahlreichen Tafeln und Abbildungen im Text. Stuttgart 1908, Verlag von Strecker und Schröder. Preis dieser und jeder der vier Abteilungen geh. 5,60 Mk. Gesamtpreis geh. 22,40 Mk., geb. 28 Mk.

Die uns heute vorliegende 2. Abteilung des Prachtwerkes enthält zunächst den Schluss der in der ersten Abteilung begonnenen Aufzählung und kurzen Charakterisierung der zu Zwecken der Volksmedizin oder des Aberglaubens dienenden Stoffe, meist solcher vegetabilen Ursprungs. Alsdann folgt die Inhaltsangabe und eine Vorrede aus der Feder des Prof. Dr. N e u b u r g e r, der die Verdienste der beiden Verf., welche sich diese Wiener Forscher durch das vorliegende, in seiner Art einzig dastehende Werk unter der Mitarbeit eines internationalen Gelehrtenstabes erworben haben, nach Gebühr würdigt. Alsdann beginnt der erste Teil des aus zwei Teilen bestehenden Werkes. Dieser erste Teil ist allgemeiner Natur und gibt eine Lehre von den Ursachen, deren Wesen und der Heilung der Krankheiten, in alphabetischer Reihenfolge, wie sich dies als am praktischsten heraus stellte, gruppiert, während der zweite, spezielle Teil wissenschaftlich orientiert sein wird. Auch die Zaubermedizin soll eine umfassende Behandlung erfahren. Der bis heute erschienene Teil imponiert geradezu durch seine Vollständigkeit, seine prächtige Sprache und die Meisterschaft, welche die Verf. in dem Überschauen und Beherrschen des ganzen gewaltigen Stoffgebietes und in der Art und Weise der Darstellung zu Tage treten lassen. Zum Glück nimmt die Zahl der Kollegen, welche sich für medizinische Folkloristik und verwandte Gebiete interessieren, von Jahr zu Jahr mehr zu und so wird es dem vortrefflichen, herrlich ausgestatteten Werke nicht an dankbaren Lesern fehlen. Die österreichische Gelehrtenwelt aber kann stolz sein auf ein solches, aus der Initiative zweier ihrer Landessöhne hervorgegangenes internationales Standardwerk. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Aus dem Notizbuch eines Berliner Frauenarztes. Von Dr. Roderich Weber - Berlin. gr. 8^o u. 183 S. Berlin W. 57, 1908. Richard Eckstein Nachf. Preis geh. 3.— M.

Ein in Tagebuchform spannend geschriebener Roman, welcher alle aktuellen sexualen Fragen gewissermassen kasuistisch behandelt. Interessiert aber dennoch novellistisch mehr als ärztlich. Auch lassen gewisse grobe Unrichtigkeiten vermuten, dass das Buch nicht von einem Fachmann, sondern vielmehr von einem Laien geschrieben ist, der allerdings eingehende medizinische Studien à la Zola gemacht haben muss, und zwar nicht nur in sachlicher Beziehung, sondern auch in bezug auf die ärztliche Umwelt.

Als unterhaltende Lektüre verdient das Buch wegen seiner Prägnanz und anregend-gefälligen Fassung Empfehlung. —

Freudenberg - Dresden.

25 Merkblätter für die Pflege und Behandlung von Kindern in gesunden und kranken Tagen. Zur Mitgabe an die Mütter oder Pflegerinnen bestimmt. Herausgegeben von Dr. med. C. Baron, Kinderarzt in Dresden. Leipzig, 1908. Benno Konegen Verlag. Preis 1,60 M.

Die 100 hier vereinigten Merkblätter, 4 von jeder der 25 Arten, bequem zum Abreissen eingerichtet, haben zum Gegenstand häufige Erkrankungen des Kindesalters und geben Winke für die Pflege des Kindes in Artikeln, wie: Ernährung an der Mutterbrust, künstliche Säuglingsernährung, Abhärtung, Zahnpflege usw. Der Nutzen solcher kurzen, aber genügenden Anweisungen wird jedem Arzte einleuchten, der weiss, wieviel Zeit in der Sprechstunde das Geben genauer Vorschriften erfordert, und wie oft trotzdem Unterlassungen und Missverständnisse vorkommen. Mit der Fassung der einzelnen Vorschriften kann man wohl einverstanden sein, andernfalls ist für Abänderungen oder Beifügungen meist noch Platz vorhanden. —

Sächs. Korrespondenzblatt.

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. Herausgegeben unter Mitwirkung namhafter Autoren im Namen des wissenschaftlich-humanitären Komitees von Dr. M. Hirschfeld, Charlottenburg. IX. Jahrgang 664 Seiten. Leipzig, Verlag von Max Spohr, 1908. Preis 12 M. brosch., 13,50 M. eleg. geb.

Soeben ist der neue (IX.) Band des Jahrbuches für sexuelle Zwischenstufen erschienen, der weit über die fachwissenschaftlichen Kreise hinaus Beachtung zu finden geeignet ist. Der Band enthält zunächst eine juristische Abhandlung „Inwiefern widerspricht der § 175 des St. G. B. dem richtigen Recht?“ von Dr. jur. Numa Praetorius, die in bündigster Weise die Gründe widerlegt, die anlässlich der jüngsten Prozesse für die Beibehaltung des § 175 geltend gemacht wurden. Ferner bietet der Band zwei medizinische Arbeiten, von Dr. med. Alfred Kind „Über die Komplikation der Homosexualität mit anderen sexuellen Anomalien“ und von Dr. med. J. Sadger, das „Fragment der Psychoanalyse eines

Homosexuellen," worin der bekannte Wiener Nervenarzt eine neue Behandlung der Homosexualität vorschlägt, nämlich mittels der Freud'schen Psychoanalyse. An biographischen Arbeiten finden sich ebenfalls bedeutsame Beiträge, von Élisar von Kupffer eine Seelen- und Kunststudie über den Renaissancemaler Sodoma, mit zahlreichen gut wiedergegebenen Gemäldereproduktionen, von Sophie Höchstetter ein Essay über die Jugendjahre der Königin Christine von Schweden, deren Porträt nach einem älteren Kupfer dem Bande als Titelblatt beigegeben ist, und von Dr. Friedrich S. Krauss - Wien interessante Mitteilungen über den Schriftsteller Eduard Kulke. Von der Homosexualität im alten und neuen Griechenland handeln die Aufsätze von P. Stephanus „Der ‚*ἡλιδων ἕως*‘ in der griechischen Dichtung“, die Studie von Dr. Otto Kiefer über „Sokrates und die Homosexualität“ und der Beitrag von Med.-Rat Dr. P. Näcke - Hubertusburg über die „Homosexualität in Albanien“. Eingehend und übersichtlich ist auch wieder die Bibliographie wissenschaftlicher und belletristischer Werke von Dr. jur. Numa Praetorius behandelt, während der von Dr. M. Hirschfeld erstattete Jahresbericht u. a. auch eine Retrospektive über die Prozesse der letzten Zeit bietet. Die Ausstattung des über 40 Bogen starken Bandes ist wieder eine recht gute. — Ob als Freund oder Feind der Bewegung gegenüberstehend, das Eine muss jeder sagen, dass in dem neuen Bande wieder ein gediegenes Stück wissenschaftlicher und ästhetischer Arbeit steckt. —
Freudenber g - Dresden.

Gebirge und Gesundheit. Hygienische Winke, besonders für die Frauen. Von Dr. Max Nassauer, Frauenarzt in München. gr. 8°, 42 S. München 1908. Verlag von Gustav Lammers. Geh. 1.50 M.

In Form einer Unterhaltung mit einem ihn auf der Durchreise besuchenden Kollegen aus Berlin und dessen Gattin, die eine gemeinschaftliche Reise in die Alpenwelt machen wollen, klärt der Verf. den Leser und besonders die Leserin über alles auf, was bei einer alpinen Reise und besonders bei alpinen Wanderungen zu beobachten ist. Alle gegebenen Winke beruhen nicht nur auf einer genauen Kenntnis der touristischen Literatur namentlich in wissenschaftlicher Hinsicht, sondern auch auf einer augenscheinlichen gründlichen persönlichen Erfahrung mit dem Wandersport. Zwar hätten manche Details, namentlich solche praktischer Art, noch etwas eingehender behandelt werden können, doch ist die Schrift jedenfalls geeignet, Wanderlustigen und Wanderbeflissenen wertvolle gesundheitliche Dienste zu leisten. — Freudenber g - Dresden.

Vom Tode, eine gemeinverständliche Darstellung von Dr. Oskar Bloch, Prof. der Chirurgie an der Universität Kopenhagen. 1. Band. Lieferung 1/2. gr. 8°, Vorwort und 32 S. Stuttgart 1908. Axel Juncker Verlag. Preis je 1,20 M.

Der Verf. will mit diesem Werke bezwecken, der Furcht vor

dem Tode entgegenzutreten; er will den Nachweis führen, dass bei den meisten Menschen von einem Todes k a m p f e keine Rede sein kann.

Eine spezielle Besprechung erfolgt nach vollständig erschienenem Werke. — S c h a l e n k a m p - C r o m b a c h.

Ärzte und Patienten, mit Röntgenstrahlen durchleuchtet von einem praktischen Arzte, gr. 8°, VIII und 238 S. Leipzig 1908. Benno Konegen Verlag. Preis broschiert 5 M., gebunden 6 M.

Die Aufgabe, die sich der anonyme Verf. gestellt hat, die vielen kleinen und grossen Leiden und Freuden der praktischen Ärzte, ihr Verhältnis zueinander und zu den Konsiliarien, zu den Krankenkassen und zu den Patienten zu schildern, ist verlockend und dankenswert. Man merkt ihm an, dass er auf Grund eines reichen Erfahrungsschatzes seine Anschauungen hier niederlegt.

Der Verf. verallgemeinert aber wohl zu sehr einzelne Beobachtungen, und man wird ihm deshalb nicht in allen seinen Urteilen beistimmen können. Das hat er ja, wie aus seinem Vorwort hervorgeht, auch selbst nicht erwartet. Über das Auftreten der Consiliarii z. B. urteilt er doch wohl im allgemeinen zu schroff.

Viele Kapitel sind mit gutem Humor geschrieben und gut gelungen, der „alte Arzt, der Hausarzt, der Landarzt“ u. a. m. enthalten viel Wahres und Beherzigenswertes. Dass der Verf. in dem Kapitel über die Krankenkassen gerade die jüdischen Ärzte als besonders von den Kassen gesuchte Streikbrecher hinstellt, dürfte wohl nur seiner besonderen Animosität oder einer vereinzelter Erfahrung entspringen. Denn im allgemeinen ist bei den zahlreichen Konflikten zwischen Kassen und Ärzten nichts davon bekannt geworden, dass die jüdischen Ärzte weniger kollegial denken und handeln als ihre christlichen Kollegen.

Vielleicht revidiert der Herr Kollege nach genauerer Information sein Urteil bis zur zweiten Auflage. —

S a l o m o n , Hirschberg i. Schl.

Geschichte der Methodik der künstlichen Säuglingsernährung. Dr. B r ü n i n g , Privatdozent. Mit 78 Textabbildung., gr. 8° und 132 Seiten. Stuttgart 1908. Ferd. Enke. Preis 6 M.

Den medizin-geschichtlichen Forschungen des Autors verdanken wir das vorliegende Werk, das äusserlich wie inhaltlich allen Anforderungen gerecht wird. Die Schilderung der verschiedenen Methoden der künstlichen Ernährung von den Urzeiten bis zum heutigen Tag wird nicht nur den Pädiater, sondern auch ausserhalb des Spezial-fachs Stehende und Laien lebhaft interessieren, sodass die Anschaffung empfohlen werden kann.

Die Abbildungen sind überaus reichlich — 78 bei 135 S. Text — und vorzüglich gelungen. — K l o t z - Breslau.

Bad Brückenau, seine Kurmittel und seine Umgebung. Neuer Führer für Kranke und Gesunde. Von Hofrat Dr. Schlag-intweit. 8^o, 65 Seiten. Mit zahlreichen Illustrationen, einer Karte und Anhang: Kleine Automobilrundfahrten in der Rhön. Würzburg 1908, Curt Kabisch (A. Stuber's Verlag). Preis brosch. 1,20 M.

Eine Badeschrift im besten Sinne des Wortes, knapp gefasst und doch den Leser ausreichend orientierend. Allen Interessenten bestens zu empfehlen. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

A-B-C für junge Mütter mit Anleitung zur Ernährung und Pflege des Kindes bis zur Schulzeit. Nach Dr. L a h m a n n 's Grundsätzen bearbeitet von Dr. med. Z i e g e l r o t h, dirig. Arzt am Sanatorium Dr. Ziegelroth, Zehlendorf bei Berlin. gr. 8^o u. 126 Seiten, Frankfurt (Oder) 1908, Max Richter's Verlag. Preis geb. 2,— M.

Das soeben in 5. Auflage erschienene kleine Werk würde als ein durchaus gutes und empfehlenswertes zu bezeichnen sein, wenn es nicht gewisse höchst störende Einseitigkeiten in der wissenschaftlichen Auffassung zu Tage treten liesse. Die Ausfälle gegen die Impfung halten wir für nichts weniger als berechtigt und geeignet, die Mütter zu beruhigen. Der Vorschlag, die kleine Impfwunde sofort mit einer feuchten Kompresse zu bedecken, ist, soweit er nicht auf eine Aufhebung der Impfwirkung überhaupt zielt, entschieden gefährlich. Denn was verstehen manche Mütter unter dem vom Verf. vorgeschriebenen r e i n e n Wasser, in welches sie die Kompresse tauchen sollen. Nicht einmal frisch abgekochtes Wasser ist angegeben.

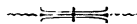
Durch solche aus einer einseitigen Anschauung heraus geborene Entgleisungen wird das sonst tatsächlich wertvolle und empfehlenswerte kleine Werk seiner allgemeinen Brauchbarkeit entkleidet, was seines guten Kernes wegen lebhaft zu bedauern ist. Auch enthält der Anhang „Empfehlenswerte Bücher“ recht viel Minderwertiges, zum Teil sogar direkt Fragliches. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Dr. G. Beck's therapeutische Almanach. II. Semesterheft 1908, Herausgegeben von Generaloberarzt Dr. Schill in Dresden. Klein 8" u. 231 Seiten. Leipzig 1908. Benno Konegen Verlag, Preis geh. 2 M., der vollst. Jahrgg. geh. 4,—, geb. 4,60.

Von dem jetzt im 35. Jahrgang erscheinenden Almanach, der sich längst die allgemeine Anerkennung erobert hat und für viele Kollegen ein Bedürfnis geworden ist, ist soeben das zweite Semesterheft für das laufende Jahr erschienen, welches sich, wie dies Seite für Seite verrät, würdig seinen Vorgängern anschliesst. Es dürfte an dieser Stelle wohl der Hinweis auf das Erscheinen des neuen Bändchens genügen, um zahlreiche Liebhaber für dasselbe zu gewinnen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.



Referate aus ärztlichen Gesellschaften.

In der klinischen Sektion der Royal society of medicine zu London hielt, wie wir deren Proceedings entnehmen, am 13. März 1908 Dr. Thomas H. Kellock einen Vortrag über einen **Fall von Hermaphroditismus**, bei welchem der Uterus in dem Sack einer Inguinalhernie lag.

Obwohl Fälle von Hermaphroditismus nicht extrem selten sind, wird doch der vorliegende zu einem solchen durch die mitwirkende Komplikation. Der Patient war ein Handwerker, 25 Jahre alt und konsultierte den Redner wegen einer linksseitigen Hernie. Abgesehen von seiner kleinen Statur und wenig Behaarung im Gesicht bot er nichts Bemerkenswertes.

Seine Stimme war kräftig und von männlichem Typus. Schon als Kind hatte er einen linksseitigen Leistenbruch, doch erst seit kurzem davon Notiz genommen; seitdem durch einen heftigen Stoss dagegen Schmerzen entstanden waren. Bei der Untersuchung ergab sich folgendes:

Der Penis sass normal, war aber gekrümmt, die Vorhaut hütartig und es bestand Hypospadie. Die Urethra öffnete sich an der Vereinigungsstelle der unteren Penisfläche mit der Vorderseite des Skrotums. Die rechte Seite des Hodensackes war leer und im Inguinalkanal oder der Fossa iliaca konnte kein Hoden gefühlt werden. Links war ein Testikel im Skrotum vorhanden. Es war vielleicht etwas höhersitzend und kleiner als normal, aber gewöhnlich anzufühlen. Links sass ein grosser Leistenbruch, von welchem sich ein Teil, Netz oder Darmschlingen, leicht reduzieren liess, ein anderer fester Teil aber jedem Reduktionsversuche trotzte. Diese harte Resistenz wurde zunächst als ein dem Sack adhärentes Stück Omentum angesprochen.

Es kam zur Operation der Hernie. Hierbei fand sich nun, dass der gefühlte feste Körper ein Uterus war, der nicht mit der Bauchhöhle kommunizierte und doch in dem Bruchsack lag. An der oberen, also wohl der rechten Seite des Organs fand sich ein ausgesprochen deutliches Ligamentum latum und, von dem rechten Uterushorn ausgehend, ein rundes Mutterband, welches blind endigte. Hinter dem breiten Ligament in der gewöhnlichen Eierstockslage fand sich ein weisslicher Körper von Bohnengrösse mit unregelmässiger Oberfläche vor. Ein fibröses Band erstreckte sich vom linken Uterushorn nach der Hinterwand des Sackes zum linksseitigen Hoden zu, aber nicht in Verbindung mit ihm oder dem Vas. deferens tretend; weiter fand sich nichts von einem breiten Mutterband vor. Eine Prostata fehlte anscheinend.

Die Operation gelang vollständig, und ist der Patient oder die Patientin, wie sich Redner in der jüngsten Zeit zu überzeugen Gelegenheit hatte, von seinem Bruchleiden radikal geheilt. —

Freudenberg - Dresden.

Aus amerikanischen gynäkologischen Gesellschaften.

Transactions of the woman's hospital society. Meeting of Oktober 23, 1907. The amer. journ. of. obstetr. Febr. 1908.

Grad berichtet über einen Fall von Aneurisma der Aorta abdominalis. Es handelte sich um einen nicht deutlich umschriebenen Tumor, über dem ein systolisches Geräusch hörbar war. Auf Darreichung von Jodkali trat Besserung ein. —

Harrison spricht über einen Fall von Gangrän des Darmes infolge von Thrombose der Venen und wahrscheinlich auch der Arterien des Mesenterium. Trotz ausgiebiger Darmresektion Exitus. Ätiologisch kommt vielleicht in Betracht, dass Pat. eine grosse Dosis Chinin als Abortivmittel genommen hatte und dass dadurch eine Lähmung des Herzmuskels bedingt war. —

Transactions of the section on obstetrics and gynecology. New York academy of medicine. Meeting of Nov., 1907.

Harris bespricht einen Fall von Tubargravidität, bei dem aus der Tube ohne Platzen derselben eine schwere, fast tödliche Blutung erfolgte. Operation, Heilung. —

Einen weiteren Fall von Extrauterinravidität beschreibt Lobenstein. Hier war der tubare Sack zwischen die Blätter des Ligamentum latum geplatzt, wohin sich auch eine grosse Menge Blut ergossen hatte. Das Kind war leicht mazeriert und wog 2100 g. Trotz Operation Exitus. —

Über 11 Fälle von Kaiserschnitt spricht Polak; sieben davon wurden wegen engen Beckens ausgeführt und von diesen drei aus relativer Indikation. Zweimal waren Geburtsstörungen nach Ventrofixation, zweimal im kleinen Becken eingekeilte Tumoren vorhanden. In allen Fällen erfolgte gute Heilung. Naht der Wunden des Uterus mit Katgut. —

Bandler hat einen klassischen Kaiserschnitt bei engem Becken und totem Kind gemacht, weil ihm wegen Schwellung und Ödem der Vagina, des Dammes und der Vulva die Perforation nicht geeignet erschien. Glatte Heilung. (Soweit aus der Beschreibung ersichtlich ist, erscheint der Eingriff bei totem Kind doch nicht gerechtfertigt. Aus einem Ödem und Schwellung der Weichteile die Indikation zum Kaiserschnitt abzuleiten, dürfte nicht der allgemein üblichen Indikationsstellung entsprechen. Anm. des Ref.)

Des weiteren berichtet Bandler über einen Fall von vaginalem Kaiserschnitt im VIII. Schwangerschaftsmonat wegen Pyelitis und unstillbaren Erbrechens. —

Jennigs versteht unter verlängerter Geburt diejenigen Fälle, in denen die Austreibungs- und Plazentarperiode verlangsamt sind, so dass das Leben von Mutter oder Kind gefährdet wird. Er bespricht die Ursachen dieser Erscheinung und empfiehlt therapeutisch in der Eröffnungsperiode die Darreichung von Chinin, Strychnin und Zucker; manchmal ist Druck auf den Fundus uteri von Nutzen. Wenn in der Austreibungsperiode die Geburt innerhalb von 2 Stunden keine Fortschritte macht, so legt er bei verstrichenem Muttermund stets die Zange an. —

Burkhardt-Würzburg.

Transactions of the american pediatric society (19. Sitzung) abgehalten zu Washington vom 7.—9. Mai 1907.

(Schluss):

Drei Fälle von nervöser Anorexie bei Kindern trug F. Forchheimer-Cincinnati vor. Die betreffenden Kranken hatten sich gewöhnt nur eine ganz bestimmte Speise zu sich zu nehmen und sonstige Nahrung zu verschmähen. Dadurch magerten sie zu Skeletten ab. Durch grosse Geduld und kluge Behandlung gelang es die Kinder zur Aufnahme verschiedener Nahrung zu bringen, in einem Falle musste eine Zeitlang die Schlundsondenfütterung zu Hilfe genommen werden. —

Über drei deutliche Fälle von Typhusfieber im ersten Lebensjahr sprach C. Griffith-Philadelphia. Diese Erkrankung ist nach dem Verfasser in den ersten Monaten des Lebens viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt. —

Über die Bakteriologie der Meningitis sprach F. Churchill-Chicago. Von 26 untersuchten Fällen gab die bakteriologische Untersuchung 12 $\times$ Meningokokkus in Reinkultur, 1 $\times$ Pneumokokkus und bei der Autopsie den Kolonbazillus, 1 $\times$ Pneumokokkus und bei der Autopsie tuberkulöse Meningitis, 1 $\times$ tuberkulöse Meningitis mit Tuberkelbazillen in der Spinalflüssigkeit, 1 $\times$ Klebs-Löffler'sche Bazillen bei tuberkulöser Meningitis, 1 $\times$ syphilitische Meningitis, 4 $\times$ unbestimmte Kokken, 5 $\times$ überhaupt keine Organismen in der Zerebrospinalflüssigkeit. —

Einen Fall von Influenza-Meningitis berichtet S. Adams-Washington. Der 5 Jahre alte Knabe erkrankte mit hohem Fieber, das mangels anderer Erklärungsmöglichkeiten und weil in der Familie vorher die Influenza geherrscht hatte, ebenfalls als Influenza diagnostiziert wurde. Bald traten meningitische Erscheinungen und Schüttelfröste auf. In der Lumbalpunktsflüssigkeit konnten Influenzabazillen nachgewiesen werden. Trotz der sorgfältigsten Pflege und obgleich sich sechs Ärzte um das Kind bemühten, erlag dasselbe der Erkrankung. —

Über das Kernig'sche Zeichen, eine Untersuchung an 2000 Fällen berichtete J. Morse, Boston. Das Kernig'sche Zeichen besteht in dem Unvermögen bei rechtwinklig gebeugtem Oberschenkel den Unterschenkel völlig zu strecken, oder das ganze gestreckte Bein in der Hüfte rechtwinklig emporzuheben. Dies Zeichen wird mit grosser Regelmässigkeit nur bei meningitiskranken Kindern gefunden. —

Über den Meningokokkenhydrozephalus berichtete F. Huber-Neu York. Die Vergrösserung des Kopfes ist besonders deutlich bei kleinen Kindern, wo die Schädelknochen noch nicht verwachsen sind. Bisweilen ist nur ein Ventrikel durch Flüssigkeit stärker gefüllt, meist aber sind alle Ventrikel gleichmässig befallen. Die Lumbalpunktion befriedigte nicht und auch die direkte Punktion der Ventrikel hatte nur in einem Fall einigen Erfolg. —

Krankentabellen von Zerebrospinalmeningitis-Erkrankten zeigte Th. Rotch-Boston. Dieselben enthielten

neben den übrigen Daten auch den opsonischen Index eines jeden Kranken. —

J. Griffith-Philadelphia berichtet über einen Fall von angeborener Gallenzirrhose (angeborene Obliteration der Gallengänge), W. Northrup-New-York über einen Fall von Hämatothorax bei einem 5 Monate alten Kind mit Absaugung des Ergusses und Ausgang in Heilung, F. Huber-New-York über einen Pneumothorax bei einem 2 Jahre alten Kind mit Heilung, Ch. Jennings und H. Rich-Detroit über einen Fall von Chylothorax bei einem Kinde, F. Huber-New-York zeigte Bilder und Photogramme von resezierten Rippen, J. Griffith-Philadelphia berichtet über einen Fall von Gelenkrheumatismus bei einem Kinde. —

Über periphere Phlebozirrhosis in der Kindheit berichten C. Martin und J. Tull-Montreal und machen darauf aufmerksam, dass diese Affektion sehr häufig vorkommt, ohne irgend welche krankhaften Störungen zu veranlassen. —

Das Verhältnis der Bazillen zu der sogenannten Dysenterie-Gruppe der Säuglingsdiarrhoeen besprach J. Knox-Baltimore. Er zeigte, dass die schwereren Affektionen, die mit Bildung von Pseudomembranen einhergehen, selten sind und durch den Shiga'schen Bazillus veranlasst werden; die häufiger minder schweren Erkrankungen jedoch werden durch den Floxner'schen Bazillus veranlasst. —

G. Acker zeigt einen durch Thyreoid-Behandlung geheilten Fall von Myxödem. —

Über Ruhebehandlung bei Chorea sprach J. Ruhrich-Baltimore. Die kranken Kinder werden von ihm so lange im Bett gehalten bis jedes Zucken verschwunden ist. Wie der Körper, so muss auch der Geist völlige Ruhe haben, die unter Umständen durch Isolierung erreicht wird. Das Körpergewicht muss gesteigert werden. Nach einer reichlichen Entleerung der Eingeweide gibt man erst Milchdiät und allmählich erst feste Kost. Innere Mittel können entbehrt werden. Die Heilerfolge waren äusserst günstige.

D. Krauss - Ansbach.



Praktische Mitteilungen und Notizen.

The hospital (13. Juni 1908, pag. 286) empfiehlt zur Humanisierung der Milch folgendes Verhältnis: Wasser 30 g, Kuhmilch 10 g, Rahm 3,75 g, Zucker 1 Teelöffel voll. — Freudenberg - Dresden.

Dasselbe Blatt sagt in der gleichen Nummer: Es ist überraschend, wie oft gesunde oder nahezu gesunde Eierstöcke mit ausgesprochener Eileiterinfektion zusammen

treffen. In einer Reihe von 42 Fällen waren nur in dreien beide Eierstöcke so krank, dass sie entfernt werden mussten. In 11 Fällen lag bei keinem Ovarium eine Veranlassung zur Exstirpation vor. Dies ist ein sehr wichtiger Punkt, da es für das fernere Wohlbefinden der Operierten durchaus nicht gleichgültig ist, ob ein Ovarium oder auch nur ein Teil desselben zurückbleibt oder nicht. —

Freudenberg - Dresden.

Literatur.

Archiv f. Gynäkologie 85. Bd. 1. u. 2. H. Berlin 08, Hirschwald. 19,00

Bandler, S. Wyllis MD., medical gynecology; with 135 orig. illustr. Philadelphia 08. hf. mor. 6 doll. 50 c.

Blumberg, M., die in d. Züricher Frauenklinik von 1888—1903 ausgeführten Kraniotomien. Diss. Zürich 07.

Brügge, J. C., die leichte und fast schmerzlose Entbindung. Neumünster 08, C. Rathje. 2,00

Dembowska, S., ü. d. prophylaktische Wendung b. eng. Becken. Diss. Zürich 07.

Devraigne, Dr. L., examen clinique de la femme enceinte. Paris 08, Paulin et Cie. 0,60

Disser, R., ü. Nabelschnurvorf. Diss. Strassburg 06.

Drake, Fr., d. Zangenentbindgn a. d. Göttinger Universitäts-Frauenklinik, vom Jahre 1888—1907. Diss. Göttingen 08.

Eberle, A., die Ballontherapie mit speziellen Berücksichtigg. d. künstl. Frühgeburt. Diss. Zürich 07.

Farabeuf, L. H., et Dr. H. Varnier, introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements nouv. éd. rev. et augm. Paris 08, Steinheil. 15,00

Fukui, Shige, die Zwillingdiagnose während der Schwangerschaft und Geburt. Diss. Marburg 07/08.

Geissler, W., d. Einfluss auf das Leben des Kindes b. prophylakt. Wendg. Diss. Leipzig 1908.

Handbuch d. Gynäkologie, hrsg. v. J. Veit. 2. völlig umgearb. Aufl. III. Bd. 2. Hfte. m. Abbildgn. Wiesbaden 08. J. F. Bergmann 10,80; gb. 13,20

Hildesheimer, Salomon, e. Beitrag z. Kenntnis d. Akromegalie m. bes. Berücksichtigg. der Sehnervenbeteiligg. Diss. Freiburg 08.

Hörler, E., d. Ergebnisse der im Basler Frauenspital in den Jahren 1901—1907 ausgef. Myomoperationen. Diss. Basel 07.

Jahrbücher f. Psychiatrie und Neurologie 29. Bd. 1. H. Wien 08, Deutike. 5,00

Jung, G., z. Diagnose u. Histogenese des Ovarialkarzinoms. Diss. Strassburg 08.

Kaznelson, M., ü. Therapie d. ektop. Schwangerschaft am Frauenspital Basel-Stadt (an Hand v. 102 Fällen). Diss. Basel 08.

Kleffel, H., rupturierte Extrauterin-gravidität m. freiem Bluterguss in der Bauchhöhle. Diss. Strassburg 08.

Krell, Ernst, z. Frage der Heilg. d. Dementia paralytica. Diss. Bonn 08.

Lehmann, Alfr., Gravidität u. Uteruskarzinom. Diss. Halle 08.

Leo, F., statistische Untersuchn. über Fieber i. Wochenbett. Diss. Jena 07.

Much, H., u. B. Zoeppritz, Opsoninuntersuchgn. b. Puerperalerkrankg. (Mitteilgn. aus d. hamburg. Staatskrankenanstalten hrsg. v. d. Direktoren u. Ärzten d. Anst. n. Red. v. Prof. Dr. Lenhartz. VIII. Bd. wissenschaftl. Tl. d. Jahrbücher XII. Bd. 6. H.) Hamburg 08, L. Voss. 0,80

Perl, M., de la position occipitosacrée au détroit supérieur. Diss. Genf 07.

Reuter, Wilhard, Beiträge z. Behandlg. d. Eklampsia puerperalis. Statistik der in der Univ.-Frauenklinik z. Giessen 1890 bis 1906 behand. Eklampsiefälle. Diss. Göttingen 08.

Rosenbach, H., Beitrag z. Frage der Entstehg. d. Schwangerschaftsödeme. Diss. Göttingen 08.

Rosenfeld, Viktor, klin. Untersuchg. ü. d. sog. Ueberdrehgn. d. Kindes. Diss. Freiburg 08.

Rudaux, P., et P. Cartier, consultations et formulaire de thérapeutique obstétricale. Paris 08, Maloine. 4,50

Staley, M. E., handbook for wives and mothers in India. London 08, Thacker. 4 sh. 6 d.

Thomsen, F., ü. Dauer-Resultate nach Prolaps-Operationen. Diss. Jena 07.

Vogelsanger, Th., Spätblutgn. im Wochenbett, e. Fall v. Aneurysma spurium der Arteria uterina. Diss. Basel 08.

Westermann, F., ü. d. häufige Vorkommen von Ovarialresten bei grösseren Ovarialtumoren. Diss. Strassburg 08.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hofflieferant, Langensalza.

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Aerzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg, Frauenarzt in Dresden.

Erscheint am dritten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 18 Mk., direkt unter Kreuzband 18 Mk. 80 Pf., für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 20 Mk. für's Ausland, einzelne Hefte 2 Mk. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

Heft 11 (275).

Leipzig, 20. November 1908.

XXIII. Jahrg.

Inhalt: Originalien: **Freudenberg**, Das spontane Verschwinden von bösartigen Geschwülsten. 482. — **Variot**, Kinderdiarrhoe. 484. — **Referate über Frauenheilkunde:** **Theilhaber**, Die Anwendung der Aderlässe. 487. — **Dr. Füh u. Meyerstein**, Über Formicin. 488. — **Witthauer**, Jothion als Hautdesinfiziens. 488. — **v. d. Eeckhout**, Jodival. 488. — **Velden**, Über Jodival. 488. — **Cramer**, Todesfall nach Atmokaussis. 490. — **Hegar**, Beiträge zur Kenntnis des infantilen Uterus. 490. — **v. Valenta**, 150 gynäkologische Fälle operiert. 491. — **Sieber**, Beitrag zur Skopolamin-Morphiumnarkose. 491. — **Mayer**, Solitärer Dezidualpolyp am normalen Ende der Schwangerschaft. 491. — **Kehrer**, Zur Kenntnis des primären Tubenkarzinoms. 492. — **Leopold**, Über die Behandlung des Karzinoms. 493. — **Bizard**, Die Behandlung des Krebses. 493. — **Petitjean**, Pyosalpinx. 494. — **Staupe**, Behandlung der Adnexerkrankungen. 495. — **Sjamenl**, Hydorrhoea zervik. aus den Malpirighi-Gaertnerschen Kanälchen. 495. — **Pfollstücker**, Walchesche Bauchdeckennaht. 496. — **Fränkel**, Ovarialantikörper und Osteomalakie. 496. — **Hirschberg**, Beitrag zur Behandlung mit Oophorin. 497. — **Hoffmann**, Antithyreoidin Moebius bei Osteomalakie. 497. — **Girardi**, Behandlung der Dysmenorrhöe und Uterusblutungen. 497. — **Wettengel**, Sytytol bei Uterusblutungen. 498. — **de Merle**, Gonorrhöebehandlung. 498. — **Schlick**, Eine neue Leibbinde. 498. — **Bernstein**, Zwei Ausnutzungsversuche mit Odda M. R. 500. — **Pasteau**, Die Technik der Radikalbehandlung der Vesikovaginalfisteln. 500. — **Winiwarter**, Die Massage der Eierstockskysten. 501. — **Vignard**, Eine milde und wirksame Operation gegen den totalen Vorfall bei alten Frauen. 502. — **Referate über Geburts- und Säuglingspflege:** **Manglagalli**, Blutungen in der Geburtshilfe. 503. — **Flori**, Einige Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaftszeit. 504. — **Beriola**, Inversio uterina. 504. — **v. Herff**, Zur Entwicklungsmechanik der Placenta circumvallata. 505. — **Scholl**, Das Blutungs-, Schmerz- und Altersbild der gynäkologischen Erkrankungen. 506. — **Wiemer**, Die Decapsulatio renum. 506. — **Müller**, Zur Frage der Hebeosteotomie. 507. — **Hofmeier**, Der »extraperitoneale« und der »suprasymphysäre« Kaiserschnitt. 507. — **Kaufmann**, Zur Extraktion nach Müller. 508. — **Ogata**, Neue Methoden zur Wiederbelebung scheinot geborener Kinder. 508. — **Thomä**, Bemerkungen zu dem Artikel Hammerschlags. 509. — **Friedemann**, Ein Fall puerperaler Pyämie. 510. — **Ruth**, Zwei Fälle von Hydrorrhöa. 510. — **Hess**, An examination of exscesed tonsils. 510. — **Combs**, Expedient anterior poliomyelitis in Philadelphia. 511. — **Huber**, Meningococcushydrocephalus. 511. — **Morse**, Kernig's sign in infancy. 511. — **Crozer Griffith**, A case of congenital biliary cirrhosis. 512. — **Ladd**, The caloric value of modified milk in its relation to infant feeding. 512. — **Martin und Full**, Peripheral phlebosclerosis. 512. — **Jennings und Herbert**, Report of case of chylothorax. 513. — **Wynheop**, The use of traction in the treatment of hip-joint disease in children. 513. — **Kerley**, Carbohydrate incapacity in infants and young children. 513. — **Referatenübersicht aus der Zeitschrift für Kinderforschung.** 513. — **Blancardi**, Die Hernia umbilicalis der Kinder. 515. — **Mampell**, Über Bromural. 515. — Die Behandlung der Polyurie bei Kindern. 515. — **Rezensionen:** **Borntraeger**, Diät. Vorschriften für Gesunde u. Kranke. 516. — **Leute**, Das Sexualproblem. 517. — **Czyzewicz**, Hyperemesis gravidarum. 517. — An unsere Frauen. 518. — Die Frau. 518. — Ärzte und Patienten. 518. — **Robert**, Auch die Menstruation eine Injektion. 519. — **Paul**, Neue Wechselordnung. 519. — **Korach**, Innere Krankheiten. 520. — **Werner**, Lippsprünge und die Heilstätten. 520. — **Referate aus ärztlichen Gesellschaften.** 521. — **Praktische Mitteilungen und Notizen.** 525. — **Feuilleton:** 527. — **Literatur.** 528.

Das spontane Verschwinden von bösartigen Geschwülsten.

Nach dem Englischen des „Hospital“ von
Dr. F r e u d e n b e r g.

Das spontane Zurückgehen eines Tumors unter der Behandlung von Ärzten oder Quacksalbern ist ein nicht geradezu allzu seltenes Ereignis, obwohl man dabei keineswegs immer an einen kausalen Zusammenhang denken darf. Schon seit längerer Zeit sind solche Berichte über das Verschwinden bösartiger Tumoren aufgetaucht, aber auch in neuerer Zeit, wo wir eine ganz andere Handhabe zur tatsächlichen Feststellung der Malignität besitzen, sind einzelne derartige Fälle zur Beobachtung gelangt.

Diese Tatsache, welche den mit der Krebsforschung Vertrauten wohl bekannt ist, sollte auch von dem praktischen Arzt in Erwägung gezogen werden, wenn er eine Prognose betreffs eines Falles von bösartiger Erkrankung stellt. Dass dabei die Art der Behandlung, die bei frühzeitig erkannten Fällen selbstredend nur in der radikalen Exstirpation bestehen kann, nicht beeinflusst werden darf, versteht sich von selbst. Zu warnen ist nur davor, bei allen inoperablen Fällen die Diagnose ausnahmslos als pessima zu stellen. Zu dieser Betrachtung geben die zwei nachstehend anzuführenden Beobachtungen Veranlassung, denen sich in Deutschland die von Prof. C z e r n y mitgeteilten Erfahrungen anreihen lassen.

Der erste der beiden Fälle betrifft eine Patientin, welche Dr. A. P. G o u l d in der Londoner klinischen Gesellschaft zuerst im Jahre 1896 und alsdann wieder im Jahre 1899 vorstellte. Derselbe betraf eine Patientin, welche im Jahre 1885 mit einem Sonnenschirm einen heftigen Stoss gegen die linke Brustdrüse erlitten hatte. Drei Jahre später bemerkte sie in derselben einen Knoten und nach zwei weiteren Jahren kam sie in Behandlung eines Chirurgen, der die betreffende Mamma amputierte. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurde ein skirrhöser Krebs festgestellt.

Im Jahre 1892 entfernte derselbe Operateur die Achseldrüsen und im Jahre 1892 wurde ein gleichartiger Tumor in der rechten Brustdrüse beobachtet.

In dem darauf folgenden Jahre gelangte die Kranke in die Behandlung des Dr. G o u l d, der sie in seine Klinik aufnahm. In der linken Brustseite bestanden damals zahlreiche Knoten, welche die Haut und das subkutane Gewebe befallen hatten. Ebenso fanden sich in der linken Axilla mehrere vergrösserte indurierte Drüsen. In der rechten Mamma sass in der Tiefe ein grösserer Tumor, desgleichen fühlte man in der rechten Achsel verschiedene angeschwollene Drüsen.

Die Kranke litt an paroxysmaler Dyspnoe mit reichlicher Expektoration. Da linkerseits auch die knöchernen Gebilde, Klavikula und Rippen, sich von dem Krankheitsprozess befallen zeigten, da ferner um das Jahr 1896 Orthopnoe, Zyanose und Hämoptysis auftrat, so wäre es wohl schwer, sich ein Bild von einem Falle zu

machen, der eine ungünstigere Prognose gerechtfertigt erscheinen liesse. Und doch genass die Patientin wieder vollständig, nur blieb nach Ausstossung der erkrankten Teile ein Defekt von $1\frac{1}{2}$ Zoll Länge zurück.

Der zweite Fall ist vielleicht noch merkwürdiger, denn bei ihm fand eine exakte mikroskopische Untersuchung zu drei verschiedenen Zeiten statt. Die Details desselben wurden von Dr. Sir W. N. Bennett im Lancet (7. Januar 1899) publiziert.

Doch ist es gestattet, darauf gegenwärtig wieder zurückzukommen, da die betreffende Kranke erst vor 2—3 Jahren neuerdings beobachtet wurde u. zw. als vollständig geheilt, trotz inzwischen eingetretenem Alkoholismus.

Die damals 48 Jahre alte Patientin bemerkte zuerst im Jahre 1894 die Geschwulst als schmerzlose schwärzlich verfärbte Stelle unter der Haut der linken Fusssohle, zwei Jahre später exulzerierte dieselbe und wurde vollkommen exstirpiert. Die histologische Untersuchung ergab ein melanotisches Sarkom. Vier Monate später trat ein örtliches Rezidiv auf, weswegen die Syme'sche Amputation vorgenommen wurde. Indes entwickelte sich das melanotische Sarkom hierauf von neuem, jedoch mit verminderter Schwarzfärbung. Drei Wochen nach der Operation traten eine ganze Reihe von nodulären subkutanen Tumoren in der linken Hüfte auf; zugleich schwellen die Inguinaldrüsen an. Eine dieser Geschwülste wurde probeweise exstirpiert und als ein wenig pigmentiertes Sarkom festgestellt. Die Zahl der Tumoren betrug jetzt insgesamt 62, ungerechnet die vergrösserten Drüsen. Die Kranke wurde darüber verständigt, dass nun nichts mehr geschehen könne. Patientin wurde entlassen, und man nahm an, dass sie sterben würde. Einige der Tumoren exulzerierten und entleerten sich nach aussen, andere verschwanden spontan, ohne Behandlung irgendwelcher Art. Zwei Jahre später war Sir W. N. Bennett in der Lage, das vollkommene Verschwinden aller Geschwülste und das nahezu vollständige Verschwinden der Vergrösserung der Inguinaldrüsen zu demonstrieren. Bei einer $5\frac{1}{2}$ Jahre später stattfindenden Untersuchung fand sich nicht die geringste Spur des Krankheitsprozesses mehr vor, nur wurden linkerseits einige Varizen konstatiert, die früher nicht dageswesen waren.

Die Lehre, welche wir aus diesen beiden exakt beobachteten Fällen ziehen können, ist die, dass ein Krebs in seltenen Fällen allein durch die *Vis medicatrix naturae* heilen kann. Geben wir dies zu, so lässt sich vielleicht auf Grund derselben eine Theorie über Ursprung und Natur des Krebses aufstellen.

Hierbei drängt sich uns ganz unwillkürlich die Annahme der parasitären Hypothese und der Entwicklung einer erworbenen Immunität durch einen Schutzstoff im Blutserum auf. Als weiterer Schluss ergäbe sich alsdann die Annahme, dass das Serum einer so genesenen Person eine spezifische Heilkraft entfalten würde, wenn es in das Gewebe einer an derselben Krankheit leidenden Person übertragen würde. Schwerlich wäre das Los eines Mannes oder einer Frau beneidenswert, die als die unbewussten Erzeuger eines solchen

Heilserums bekannt würden. Im Lichte unserer gegenwärtigen Kenntnisse über Immunisation und Serumtherapie betrachtet, hat diese Anschauung aber nichts Abenteuerliches. Verdankt der Krebs seine Entstehung einem Parasiten, homolog all den Parasiten der verschiedenen Infektionskrankheiten, so dürfte das Serum einer Person, welche aus der Kraft ihres eigenen Organismus heraus diesen Parasiten überwunden hat, für einen gewissen Zeitraum Substanzen enthalten, die imstande wären, die Virulenz einer gleichartigen Infektion bei anderen Kranken herabzusetzen. Jedenfalls wäre es vom höchsten Interesse und vielleicht von grosser Wichtigkeit, wenn sich jemand fände, der, spontan von einer krebsigen Erkrankung geheilt, eine Quantität seines Blutserums zu Laboratoriumsuntersuchungen hergäbe. —



Kinderdiarrhöe. Gemüsesuppe, Reiswasser und Wasserdiaät.

Von Dr. Variot.

Deutsch von Dr. Freudenberg.*)

Die „Gemüsesuppe“ erfreut sich zurzeit, wie jedermann weiss, einer grossen Beliebtheit als Behandlungsmittel des Magendarmkatarrhs der Kinder. Die Zusammensetzung derselben ist nach der klassischen Aufstellung von Méry wie folgt:

{Gedörrte Erbsen und Möhrchen}	aa
{Rübchen}	25,00
{Karotten}	aa
{Kartoffeln}	65,00
Wasser	1 Liter

3 Stunden lang kochen lassen, 5 Gramm Salz zusetzen und die Brühe durchseihen. Alsdann einen Teelöffel Reismehl auf je 100 g Brühe zusetzen und eine Viertelstunde kochen lassen.

Des Vergleichs halber sei hier die Herstellung der Gemüsesuppe angeführt, welche sich in der „Gastronomie pratique“ des Ali-Bab findet, jenem neuesten, aber in der kulinarischen Welt schon berühmten Werke:

Man nehme für 6 Personen:

15	Gramm Mehl,	
25	„ Butter,	
125	„ Rahm,	
1500	„ Bouillon, worin man abgekocht hat:	
60	„ junge Bohnen,	
60	„ junge Schoten,	

*) Gazette médicale de Paris. 15. August 1907, pag. 3.

100 Gramm gelbe Rüben in Streifchen,
 500 „ Karotten in Streifchen,
 500 „ Kohlkeimchen.

Ein Schuss Weinessig, Salz und Pfeffer. —

Die Vorschrift von Comby, bekannt unter dem Namen „Bouillon de légumes secs“, ist die folgende:

- 1 Man untersage den Gebrauch von Milch und ersetze ihn durch eine Gemüseabkockung.
- 2 Man reiche alle 3 Stunden ein Fläschchen von 150 Gramm oder eine Tasse von 100—250 Gramm (je nach dem Alter) mit der reinen Gemüseabkockung oder einem Zusatz von Rahm, Gersten- oder Reismehl (1 Kaffeelöffel voll), abgekocht.
3. Man lasse in 3 Litern Wasser drei Stunden lang einen Esslöffel voll (30 Gramm) von:

Korn, Dörrbohnen, Linsen, gestampften Mais, Perlgerste, trockene Erbschen	}	roh oder geschält
--	---	-------------------

kochen.

Geschälte Gemüse geben eine nahrhaftere Brühe. Am Ende der Abkockung fügt man 5 Gramm Salz hinzu und seiht durch. Es verbleibt ungefähr ein Liter Brühe, welche sich, auch kaltgestellt, nicht länger als 24 Stunden aufbewahren lässt. Für entwöhnte Kinder kann man die Brühe mit Reismehl, Tapioka etc. etc. etwas verdicken.

Jedoch gestützt auf die chemischen Analysen ist Verf. zu der Überzeugung gelangt, dass der Nährwert dieser Brühen ein ganz geringer ist. Wiewohl die Gemüsebrühe bei wohl situierten Leuten einen grossen Beifall gefunden hat, erscheint sie für die arbeitende Klasse zu kompliziert, wegen der zahlreichen und genauen Abwägungen. Der Verf. ist daher bei den Gastroenteritiden der Kinder dem Reismehl treu geblieben, zumal bei der infantilen Sommerdiarrhöe. Diese Abkockung, zudem reich an Kohlehydraten, ist von höchst einfacher Herstellbarkeit. Es genügt zu ihrer Herstellung, 2 Esslöffel Reis in einem Liter Wasser 1 Stunde lang kochen zu lassen. —

Prof. Chevalier befürwortet Reiswasser mit festen Bestandteilen, Reiswasser mit 50 Gramm Reis auf das Liter Wasser unter Zusatz von je 4 Gramm Salz.

Trockner Extrakt à 100 %, nach Filtration durch ein Siebtuch, 8—17 Gramm auf das Liter, sehr verschieden nach der Qualität des Reismehles und der Art der Abkockung. Glazierter Reis liefert einen besseren Extrakt. Trichterfiltration auf Chardin'schem Papier. Der Extrakt besteht zum grossen Teile aus ganz oder teilweise gelösten Kohlehydraten. Dagegen enthält er nur eine ganz geringe Menge von stickstoffhaltigen Substanzen und Salzen.

Leidet ein Kind an einer heftigen Diarrhöe, so setzen wir die

Milch vollständig aus und ersetzen die Stillung durch die Darreichung von Reiswasser, ausserdem geben wir vermittle eines Kautschukballons morgens und abends ein Reiswasserklistier. Seit längerer Zeit haben wir davon Abstand genommen, Gummiröhre tief bis zum S romanum und dem Kolon vorzuschieben. Die Schleimhaut ist beim Bestehen schwerer Enteritiden sehr vaskularisiert und die Berührung durch das Afterrohr könnte dort Schaden stiften.

Abgesehen von den Fällen, in denen die Kinder brechen und wir esslöffelweise eine Lösung von zitronensaurem Natron (5 : 300) verschreiben, verordnen wir keinerlei Medizin, vor allem keine opiumhaltige. Die Mehrzahl aller Gastroenteritiden muss als eine toxische Infektion alimentären Ursprungs angesehen werden. Es ist daher richtiger, die Darmentleerungen frei vor sich gehen zu lassen, als durch Opiate die Zusammenziehungen des Verdauungsschlauches zu behindern. Die beste Art und Weise, um die Aufsaugung der Giftstoffe im Darm zu verhindern, ist, dem Durchfall freien Lauf zu lassen.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die beruhigende Wirkung des Reiswassers auf die Schleimhäute der Verdauungsorgane von dem Stärkemehlgehalt herrührt, den die Abkochung enthält. Seine Wirksamkeit bei Gastroenteritiden aber, seit unvordenklichen Zeiten bekannt, ist vollständig unleugbar.

Die ausschliessliche Darreichung von Reiswasser kann man auf 24—48 Stunden ansetzen, je nach der Schwere des Falles und der Beschaffenheit der Stühle. Alsdann beginnt man vorsichtig dem Reiswasser $\frac{1}{3}$ sterilisierte Milch zuzusetzen, steigert den Zusatz auf die Hälfte, alsdann auf $\frac{2}{3}$ und gelangt so wieder zu der bisherigen Ernährung.

Subkutane Einspritzungen von künstlichem Serum oder Quinton'schem Plasma bleiben für schwere Fälle von Kindercholera reserviert. —

Da die Menge der festen Substanzen in dem Reiswasser eine äusserst geringe ist, so kommt seine ausschliessliche Anwendung für 1—2 Tage im Verlaufe einer Gastroenteritis beinahe auf die Wasserdiät im engeren Sinne hinaus. Diese besteht darin, dass dem Kinde nichts anderes dargereicht wird, als reines Wasser, abgekocht oder sterilisiert, um zu verhüten, dass irgend eine fermentierbare Substanz in den Verdauungstraktus gelangt.

Bei den sehr ernstesten Formen des Magendarmkatarrhs kann diese strenge Diät sich nötig machen, aber sie ist sehr schwer bei den Müttern durchzusetzen, zumal wenn man sie etwas andauern lässt. Hier nun finden die komplizierten Gemüseabkochungen ihre Domäne, die man nach unserem Erachten mit Unrecht an die Stelle des Reiswassers gesetzt hat, welches ganz dieselben Indikationen erfüllt und seine Wirksamkeit zu allen Zeiten und in allen Ländern betätigt hat.

Doch sei dem, wie ihm wolle, wir müssen nun einmal den Auffassungen des Publikums Rechnung tragen, und es kostet uns nicht wenig Mühe, ihm klar zu machen, dass reines Wasser eine genügende Medikation für eine schwere Erkrankung des Verdauungs-

schlauches ist. Das Reisswasser hat aber auch den Vorteil, als ein Nährgetränk zu erscheinen, und es ist in der Tat ganz unnütz, die Reisabkochung durch die Hinzufügung von auf das Gramm genau abgewogenen Stückchen von Karotten oder Rüben zu komplizieren. Nur sind wir in der ärztlichen Praxis gezwungen, den populären Gewohnheiten und Vorurteilen Zugeständnisse zu machen, wiewohl die zahlreichen Aufgüsse und Abkochungen pflanzlicher Art nur als warmes Wasser wirken. —



Referate über Frauenheilkunde.

Die Anwendung der Aderlässe und der örtlichen Blutentziehungen bei Neurosen und bei gynäkologischen Erkrankungen. Von Dr. A. Theilhaber in München. Münch. med. Woch., No. 9, 5. März 1908, pag. 439.

Verf. bespricht zuerst die Misserfolge der Kastration und der Fixierung der retroflektierten Gebärmutter. Die teilweisen Erfolge der letzteren Operation jedoch führt er zurück:

1. auf die psychische Beeinflussung der Kranken,
2. auf den Aufenthalt im Krankenhaus mit seinen, die Genesung fördernden Momenten,
3. auf den mit der Operation verbundenen Blutverlust.

Vielfache Erfahrungen brachten den Verf. auf die Idee, dass die Entziehung einer grösseren Menge Blutes ebensogut oder vielleicht noch besser den Stoffwechsel beeinflussen müsse, als Schwitzkuren und ähnliche hydrotherapeutische Massnahmen. Verf. operierte nämlich in einer grossen Zahl von gynäkologischen Fällen mit und ohne erheblicheren Blutverlust, fand stets im ersteren Fall die subjektiven Beschwerden wesentlich mehr gebessert und lässt jetzt daher stets die Wunden absichtlich länger bluten. Meist macht er in anderen Fällen zur Behebung mannigfacher Beschwerden ausgedehnte Skarifikationen der Portio, hin und wieder auch wohl einmal einen Aderlass. Hat sich der letztere in der jüngsten Zeit auch in der internen Medizin wieder einen ziemlich umfangreichen Platz erobert, so dürfte seine Indikation nach des Verf.'s Meinung doch noch wesentlich erweitert werden. Er passt für nervöse Beschwerden auf arthritischer Grundlage, für Neuralgien im Unterleib und im Kreuz, für nervöse Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, klimakterische Beschwerden, Metromanie, Schwangerschaftsbeschwerden, Dysmenorrhöe, Menorrhagien, atonische Uterusblutungen, Metritis, präklimakterische Blutungen etc. Im allgemeinen scheint bei nervösen Störungen die Wirkung des Aderlasses energischer als die der Skarifikationen, doch passt bei uterinen Störungen die Skarifikation besser. Nur bei Jungfrauen dürfte der Aderlass sich mehr empfehlen. Am besten macht man diesen wenige Tage vor Eintritt der

Menses. Den Aderlass mache der Arzt stets selbst. Echte Anämie, vorgeschrittene Tuberkulose, maligne Neubildungen etc. geben eine Kontraindikation.

Natürlich liesse sich der Aderlass auch zuweilen durch Schröpfköpfe substituieren. Dagegen würde die Anwendung von Blutegeln wohl nicht mehr in unser antiseptisches Zeitalter passen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über Formicin, ein neues Händedesinfiziens. Von Dr. F ü t h und Dr. Meyerstein (Köln). Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Band XVII. Heft 3, 1908.

Verff. berichten über experimentelle Untersuchungen, die sie über den desinfektorischen Wert des Formicins angestellt haben. Die Versuche erstreckten sich sowohl auf die desinfektorische Kraft des Mittels, um mit Bakterienkulturen infizierte Hände aseptisch zu machen, als auch auf Tierversuche. Aus diesen Experimenten ergibt sich, dass eine Keimfreiheit der Hände auch mit Formicin nicht erreicht werden kann. Andererseits muss man ihm aber eine starke desinfektorische Kraft einräumen. Einen Vorzug hat es vor vielen anderen Desinfektionspräparaten, nämlich, dass es auch von sehr empfindlichen Händen vertragen wird.

Verff. möchten daher das Formicin in 6 prozentiger alkoholischer Lösung denjenigen empfehlen, die Quecksilbersalze gar nicht oder nur schlecht an ihren Händen vertragen und doch ein den Quecksilbersalzen sicher gleichwertiges Desinfiziens, wie es das Formicin ist, nicht missen möchten. — W e i s s w a n g e - Dresden.

Jothion als Hautdesinfiziens bei Operationen. Von Dr. med. Curt W i t t h a u e r in Halle a. S. Zentralbl. f. Gyn., No. 31, 1. August 1908, pag. 1006.

Jothion, ein Jodwasserstoffester, enthält chemisch gebunden ungefähr 80 Prozent Jod. Verf. verwendet zur Desinfektion der Bauchdecken und der Genitalien Jothion in 12 prozentiger Lösung. Auch nach der Operation reibt er die Wundränder nochmals mit Äther und Jothion ab. Bauchdeckenabszesse oder störende Stichkanalleitungen sind seitdem niemals mehr vorgekommen.

Auch als Resorbens von der Vagina aus hat sich Jothion in 5—10 prozentiger Glyzerinemulsion bewährt, doch beginne man dabei mit schwächeren Konzentrationen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Jodival. Von Prof. v. d. E e c k h o u t (Heidelberger Pharmakol. Institut). Archiv f. experimentelle Pathol. und Pharmakol. 1907, Bd. 57.

Über Jodival. Von Privatdozent Dr. v. d. V e l d e n , Düsseldorf (Vortrag auf der Naturforscherversammlung 1908).

Aus den obengenannten beiden Arbeiten folgt, dass J o d i v a l oder a-Monojodisovalerianylharnstoff eine Substanz ist, welche in der Form von weissen, schwach bitter schmeckenden Nadelchen vorkommt. Dieselbe ist fast unlöslich in kaltem Wasser, leichter lös-

lich in heissem Wasser, Äther und Alkohol. Schmelzpunkt bei 180°. Jodgehalt 47 Proz.

Die Anwendung des Jodivals deckt sich mit allen Indikationen für die Verwendung der Jodalkalien. Ausserdem kann man mit Jodival eine kräftige Jodwirkung bei Erkrankungen des Nerensystems erzielen, während die Jodalkalien usw. keine direkte Wirkung auf das Nervensystem ausüben, da sie dort nicht zur Ablagerung gelangen. Kontraindikationen wie bei den Jodiden.

Nach den Untersuchungen von Prof. v. d. Eeckhout liegt die letale Dosis des Jodivals beim Kaninchen bei 0,7—0,8 g pro Kilo Versuchstier. Die Vergiftung ist demnach eine reine Jodwirkung. Während die Jodalkalien in den ersten 24 Stunden fast völlig ausgeschieden werden, hält die Jodelimination nach Jodivalgebrauch in den ersten 48 Stunden gleichmässig an. Das Jodival passiert den Magen unzersetzt und ungelöst. Im Darm wird es als Natriumsalz gelöst und nach der Resorption sowohl im Fettgewebe des Organismus, als auch im Nervensystem abgelagert (v. d. Velden). Von hier aus findet die allmähliche Abspaltung des Jods in der vorgenannten Weise statt.

Das Jodival ist frei von Magen- und Darmreizungen. Jodismus tritt wegen der langsamen Abspaltung des Jods nur selten und auch dann nur in sehr geringem Masse auf.

Im allgemeinen hat sich eine Dosis von 3 mal täglich 0,3 g Jodival als ausreichend gezeigt, um eine kräftige Jodwirkung zu erzielen. Kindern gibt man entsprechend weniger. Die Tabletten lässt man stets in kaltem Wasser zerfallen und so einnehmen.

Als empfehlenswerte Rezeptformeln dürften die nachstehenden gelten:

Rp.	Jodival 0,3 d. tal. dos. X. S. dreimal tägl. 1 Pulver.	} Tertiäre Lus. Spätstadium der sek. Lues. Arteriosklerose. Asthma. Exsudative Prozesse; im besonderen Gehirn-lues, Gehirnarteriosklerose usw.
Rp.	Tabl. Jodival. Orig.- Packung 0,3 dos. XX (Preis 2 M.).	
Rp.	Jodival 0,3 Diuretin 0,5 M. f. p. d. tal. dos. XX.	
D. S.	3 mal tägl. 1 Pulver in Wasser oder in Oblaten.	} Arteriosklerose.

Hersteller von Jodival ist die Firma Knoll & Co., Chemische Fabrik, Ludwigshafen a. Rh. —

Freudenberg - Dresden.

Todesfall nach Atmokaussis. Von Dr. H. Cramer (Bonn).
Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Band XVII. Heft 3, 1908.

Verf. hat die Atmokaussis bisher in 78 Fällen angewandt und war stets mit dem Erfolge recht zufrieden, bis ihm folgender Fall passierte:

Bei einer 49 jährigen Frau, die an schwerer Lungenschwindsucht litt, und bei der er mehrfach schon den künstlichen Abort gemacht hatte, nahm er, als sich wieder eine sehr starke Blutung eingestellt hatte, nach einer Kurettag des Uterus und nach Auswischung der Unterhohle mit Adrenalin, eine Vaporisation vor, und zwar bei 110—113° 1 Minute lang. Nach zwei Tagen stiegen Temperatur und Puls stark an, und nach weiteren 3 Tagen setzten Schüttelfröste ein. Es entwickelte sich ein parametrisches und perimetrisches Exsudat. Da die Prognose absolut schlecht erschien, entschloss Verf. sich zum letzten Mittel, zur Operation, und zwar durch Bauchschnitt. Die Adnexe wurden entfernt, der obere Teil des Uterus abgesetzt; der untere musste zurückbleiben, da er aus den Exsudatmassen nicht auszuschälen war.

Die thrombosierten Spermatikalgefäße wurden unterbunden und eine Drainage nach der Scheide zu angelegt. Nach 5 Tagen stirbt die Patientin. Die Sektion ergibt völliges Freisein des Peritonealraumes von Infektion, dagegen die retroperitonealen Lymphdrüsen vereitert und die Lymphbahnen hoch herausgehend ödematös infiltriert. Die Ursache des unglücklichen Ausgangs bildete wohl der Umstand, dass die nekrotischen Massen sekundär infiziert worden waren, wogegen ein Schutz natürlich nicht möglich ist.

Da Verf. alle Kautelen bei der Vornahme der Atmokaussis beobachtet hatte, die Adnexe ausserdem sicher von jeder Infektion frei waren, so fällt der vorliegende Fall der Methode um so mehr zur Last. —

Weisswan ge - Dresden.

Beiträge zur Kenntnis des infantilen Uterus und zur Würdigung seiner klinischen Bedeutung. Von Professor Dr. Hegar. Beiträge z. Geburtsh. u. Gyn., 12. Bd., 1. Heft.

Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchungen ist kurz folgendes:

1. Es lässt sich eine Reihe von Form-, Lage- und Gestaltanomalien des Uterus als auf angeborenen Entwicklungsstörungen, im besonderen auf Infantilismus beruhend zu einer Gruppe zusammenfassen. Es sind dies Hypoplasie und Infantilismus des Uterus, angeborener und vagineller Prolaps, angeborene Verlängerung des supra- und infravaginalen Teiles des Halses, konische Form der Vaginalportion mit Stenose des os externum.

2. Die klinische Bedeutung dieser Entwicklungsstörungen kennzeichnet sich durch eine Reihe von Störungen des Sexuallebens, bei Virgines im wesentlichen Menstruationsbeschwerden, bei Frauen Koitusverletzungen, Vaginismus, Sterilität, Aborte und verschiedene durch Rigidität der Zervix verursachte schwere Geburtsstörungen. —

Peters - Dresden.

150 gynäkologische Fälle operiert unter Lumbalanästhesie mit Tropakokain. Von Prof. Alfred von Valenta. Gyn. Rundsch. 1908, I.

Die Erfahrungen Valentas an 150 Fällen, die er in Lumbalnarkose operierte, haben gezeigt, dass mit dieser Methode ein Schritt in der operativen Heilkunst gemacht worden ist, der allein schon deshalb sehr bedeutend ist, weil durch diese Methode die Möglichkeit gegeben ist, Kranke zu operieren, an die man sich früher wegen der Gefahr der Allgemeinnarkose nicht heranwagte. Man kann ruhig arbeiten, weil es nicht mehr nötig ist, die Operation zu beschleunigen, um die Narkose abzukürzen, und braucht keinen geschulten Narkotisör bei der Operation, eine wichtige Sache in der Zeit des Assistentenmangels. Das wichtigste bei der Vorbereitung zur Injektion ist vollkommene Asepsis, Vermeidung der Berührung der Injektionsnadel mit irgendwelchen Antiseptizis. Auch die Einstichsstelle wird nach der antiseptischen Reinigung mit aseptischer physiologischer Kochsalzlösung nachbehandelt. Gut ist es, den Patienten vor der Injektion eine Morphiumspritze zu geben, die Augen zu verbinden, die Ohren zuzustopfen, um den psychischen Eindruck dieser vorbereitenden Operation abzuschwächen. Die Ausführungen werden beschlossen durch eine genaue Statistik der behandelten Fälle und Übersicht über Art, Verlauf und Erfolg der Operationen sowie über die Zufälle der Narkose selbst. —

B o h n - Chemnitz.

Beitrag zur Skopolamin-Morphiumnarkose in der Gynäkologie. Von Dr. N. Sieber, Assistenzarzt der Marburger Universitäts-Frauenklinik. Zentralbl. f. Gyn., No. 24, 12. Juni 1908, pag. 785.

Verf. stellt fest, dass durch die Skopolamin-Morphiumnarkose in 36,4 Proz. der Fälle, ev. sogar in 65,6 Proz. derselben eine Pulsbeschleunigung, mithin eine Alteration des Herzens herbeigeführt wird und zwar bei Personen mit konstatermassen gesunden Herzen. Er verwirft daher diese Methode und ersetzt sie durch Lumbalanästhesie und Morphiuminjektion (0,01 g, 20 Minuten vor der L. J.). —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Solitärer Dezidualpolyp am normalen Ende der Schwangerschaft. Von Dr. M a y e r (Heidelberg). Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn., 12. Bd., 1. Heft.

Es handelt sich um ein polypenartiges Gebilde im Uterus am normalen Ende der Schwangerschaft bei einer 26 jährigen II p. Schwangerschaftsverlauf ohne Besonderheit. Wegen verschleppter Querlage bei hohem Fieber (Kind frischtot) wurde die Embryotomie gemacht. Bei der zum Schluss vorgenommenen Uterusspülung fand sich ein zunächst etwa 10—12 cm langes, in die Scheide hineinhängendes, polypenartiges Gebilde, das sich nach der hinteren Uteruswand hin erstreckte. Herausgenommen war der Polyp 15 cm lang, wie ausgewalzt aussehend. Er bestand aus zwei Gewebearten, die sich als glatte Muskulatur und noch weniger stark veränderte

und stark durchblutete Dezidua erwiesen. Genetisch ist das Gebilde wohl als Hyperplasie der Dezidua anzusehen, von der es ja verschiedene Formen gibt. Wahrscheinlich kam der Polyp primär solitär zur Entwicklung; ob letztere erst in der Schwangerschaft einsetzte, ist nicht zu entscheiden.

Die Länge von 15 cm ist wahrscheinlich nicht allein durch aktives Wachstum entstanden, sondern zum Teil wenigstens die Folge einer passiven Dehnung durch Druck des wachsenden Eies. Es handelt sich wohl um die deziduale Umwandlung eines früher schon bestehenden Polypen. Leicht hätte es durch den Polypen zum Abort kommen können.

Bei Hyptertrophie der Dezidua ist die Fruchtentwicklung auf dem kranken Boden oft stark gehemmt. Zudem führt (nach Hegar) die Erkrankung der Dezidua oft zur Ausscheidung eines Extravasates, Hydrorrhoea dezidualis. Kommt es zu einer rechtzeitigen Geburt, dann soll diese sich durch sehr schmerzhafte Wehen und langsamen Verlauf auszeichnen. Retention, hypertrophische Deziduamasse schliesst in der Nachgeburtsperiode die Gefahr der Blutung in sich. Für das Wochenbett droht infolge Zerfalles Fieber, putrider Ausfluss, Subinvolutio uteri und Polypenbildung. Ein so langer Polyp, wie der beobachtete, der in die Scheide hinein hing, begünstigt auch schon sub partu die Aszension von Keimen und damit die Entstehung von Infektion. Deshalb wurde er am Ende der Geburt abgetragen. —

Peters, Dresden.

Zur Kenntnis des primären Tubenkarzinoms. Von Prof. Dr. Kehler (Heidelberg). Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Band XVII, Heft 3, 1908.

Verf. berichtet zuerst genau über einen eigenen einschlägigen Fall und bespricht dann auf Grund dieses und 79 anderer Fälle aus der Literatur in kritischer Weise das Tubenkarzinom. Hierbei kommt er zu folgenden Schlüssen: In Lage, Form, Konsistenz und Adhäsionen unterscheidet sich das Tubenkarzinom nicht von der Pyosalpinx. So ist verständlich, warum auch die kompetentesten Gynäkologen die Diagnose für kaum möglich erklärten, und warum nur zweimal die Wahrscheinlichkeitsdiagnose und nur einmal die sichere Diagnose auf Karzinom der Tube gestellt wurde. Entscheidend für die Diagnose ist nach der Ansicht des Verf.'s das rasche Wachstum, das bei 2—3 wöchiger Beobachtung konstatiert werden kann, und besonders die zunehmende Verwachsung des meist im Cavum Douglasii liegenden Tumors mit der Umgebung, drittens die Probepunktion durchs Vaginalgewölbe. Wie das hämorrhagische Exsudat für die karzinomatöse Pleuritis, so ist es auch für das Tubenkarzinom charakterisch. In der rotbraunen Punktionsflüssigkeit können weisse, bröckelige Karzinommassen suspendiert sein. Das Tubenkarzinom ist äusserst maligne: es übertrifft an Bösartigkeit alle oder fast alle Uteruskarzinome. Die Ursache dafür liegt in der Dünnwandigkeit der Eileiter und der doppelten Ausbreitung auf dem Wege der Lymphbahnen.

Es folgt daraus die Notwendigkeit eines möglichst frühzeitigen

radikalen Eingriffes im Sinne der erweiterten F r e u n d 'schen Operation beim Uteruskarzinom. Vielleicht vermag dieselbe den bisher traurigen Prozentsatz der Dauerheilungen nach Operationen (6,2 %) zu verbessern. Die entzündlichen Veränderungen: Salpingitis, Verschluss des Ostium abdominale, peritonitische Verwachsungen, Tubo-Ovarialkysten können dem Tubenkarzinom vorausgehen, aber andererseits auch sekundär durch dasselbe hervorgerufen werden. Die S ä n g e r - B a r t h'sche Theorie, der Tubenkrebs entstehe stets auf entzündlicher Basis, ist demnach nicht haltbar. Die histologische Einteilung des Tubenkarzinoms in papilläre und papillär-alveoläre Formen dürfte dahin zu modifizieren sein, dass das papilläre Karzinom als das Anfangsstadium, das alveoläre als das spätere Stadium des papillären Karzinoms anzusehen ist. —

W e i s s w a n g e - Dresden.

Über die Behandlung des Karzinoms mittels Fulguration durch Dr. de Keating Hart. Von Geheimrat Professor Dr. L e o p o l d - Dresden. Zentralbl. f. Gyn., No. 27, 4. Juli 1908, pag. 873.

L. spricht sich in beifälliger Weise über die von Dr. de K. H. erzielten und von ihm zum Teil kontrollierten Erfolge aus. Er stellt selbst einen Bericht über eigene, mit dieser Methode erlangte Ergebnisse in Aussicht, ermuntert auch andere zu Versuchen mit derselben, mahnt aber, sich strikte an die von de K. H. geübte Technik zu halten. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Behandlung des Krebses mittels der Fulguration. Von Dr B i z a r d. Journal de physiothérapie, 15. Juli 1908; besprochen Revue de thérap. méd.-chir., No. 17, 1. Sept. 1908, pag. 593.

Diese Methode ist neu und gleicht in nichts den schon beschriebenen Verfahren. Sie verlangt die Anwendung von Chloroform, da eine vollständige Anästhesie erforderlich ist.

Sobald die Kranke eingeschlafert ist, tut man gut, eine einleitende Befunkelung vorzunehmen, um das Blut zu vertreiben und die Gewebe zu erweichen. Hierauf schreitet man zur Ausschneidung und Auskratzung der Geschwulst. Wird dabei ein bedeutenderes Gefäß geöffnet, so möge man es unterbinden, aber kapilläre Blutungen stillen sich später von selbst bei der sich nun anschliessenden Hauptbefunkelung.

Vermöge einer speziellen Elektrode verfügt man über einen vollen, geschlossenen Funken von mehr als 10 cm Länge. Ein Luftgebläse umgibt den kupfernen Mandrin der Elektrode, um der erheblichen Temperatursteigerung durch die Funken entgegen zu arbeiten. Bei rücksichtslosem Vorgehen würde man eine Verärscherung der Gewebe mit trocknen und adhärenen Schorfen erzielen. Bei der Befunkelung jedoch geht man methodisch vor und berücksichtigt besonders die Ränder der Wunde.

Die Dauer der Operation lässt sich nicht genau festsetzen. Nur die Erfahrung kann den Operateur belehren, wie die Befunkelung zu bemessen ist, die übrigens nur auf sorgfältig abgetrocknete Ge-

webe gerichtet werden darf. Die befunkelte Fläche, die im Verlaufe der Sitzung stets weniger und weniger blutet, nimmt eine grauschwärzliche Färbung an.

Konnte die krebsige Masse nicht vollständig entfernt werden, so muss die befunkelte Gegend einer beständigen Abkühlung unterworfen werden. Für Bähungen und Abwaschungen bedient man sich diesbezüglich eines mehr oder weniger verdünnten Ozonwassers. Wenn aber eine trockene Bedeckung genügt, so wendet man pulverisierten Borax an.

Die erste Wirkung ist ein vollständiges Verschwinden des Schmerzes, alsdann das Auftreten einer überaus reichlichen Absonderung.

Wenige Tage nach der Sitzung greift eine sehr lebhaft Gewebewucherung in der Wunde Platz; es tritt eine vollständige Vernarbung selbst bei ziemlich ausgedehnten Substanzverlusten ein u. zw. binnen 8—10 Wochen.

Die Befunkelung ist das einzige Verfahren, welches man bei inoperablen Geschwülsten, bei ausgedehnten Rezidiven und bei solchen von rapider Entwicklung anwenden sollte. Aber sie darf nicht als ein ausnahmsweises Verfahren gelten, sondern sie stellt beim Krebs das Verfahren der Wahl vor. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Pyosalpinx mit Öffnung der Blase. Von Dr. Muller und Dr. Petitjean. *Gaz. des hôp.*, 18. Juni 1908: besprochen: *Revue thér. méd.-chir.*, No. 14, 15. Juli 1908, pag. 500.

Es handelte sich um eine Patientin, welche seit 10 Jahren rechterseits an Pyosalpinx litt, mit intermittierender Öffnung in die Blase. Diese Entleerungen waren von Schmerzanfällen begleitet, dabei war der Urin getrübt. Der kranke Eileiter wurde vermittels eines Bauchschnittes entfernt, ohne dass man dabei die Kommunikationsöffnung mit der Blase sehen konnte. Zwei Monate später starb die Kranke an allgemeiner Infektion mit septischen Embolien (Hyperthermie unter unregelmässigem Anstieg, Asthenie, heftigen Anfällen von Atemnot mit Seitenstechen und Krepitationsgeräuschen).

Bei der Autopsie entdeckte man das kommunizierende Orifizium in der Grösse einer Linse. Dasselbe sass 2 cm über dem linken Ureter. Während der Operation hatte es sich hinter Adhärenzen versteckt.

Blasenperforationen durch salpingitische Ansammlungen haben einen rapiden Verlauf bei Beckenphlegmonen puerperalen Ursprungs, dagegen einen langsamen bei Pyosalpinx und Dermoidkysten des Eierstocks. Die Pyosalpinxöffnung in die Blase ist selten. Die purulente Entleerung koinzidiert mit der Pyurie, einer schmerzhaften Krise seitens des Abdomens, einer Abnahme der Eileitergeschwulst und dem Blasentenesmus. Bisweilen ist die Pyurie das einzige Symptom und es kommt dabei gar nicht zu Schmerzanfällen. Die Blase widersteht der Infektion und es kommt gewöhnlich nicht zu suppurativen Läsionen.

Spontanheilung bildet die Ausnahme. Der Bauchschnitt muss behufs Abtragung der Tube und Vernähung der Perforation vorgenommen werden, falls man letztere überhaupt auffindet. Die Prognose der Operation ist wegen der Dilazation und Öffnung der venösen Plexus des Beckens, von denen möglicherweise eine allgemeine Infektion mit septischen Embolien ausgehen kann, stets mit Vorsicht zu stellen. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über die Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen.

Von Dr. S t a u d e - München, Münch. med. Woch., 31. März 1908.

St. polemisiert gegen die vorschnellen Eingriffe bei entzündlichen Adnexerkrankungen, worauf oftmals Blennorrhagie zurückzuführen ist. Nach seiner Meinung ergibt die konservative Behandlung bessere Resultate und ist mit weniger Gefahren verknüpft. Seit 10 Jahren bereitet sich in den Anschauungen ein Umschwung vor in dem, was die Behandlung blennorrhagischer Produkte betrifft. Mehr und mehr neigen auch diejenigen, welche bisher heisse Anhänger aktiveren Vorgehens waren, sei es von den Bauchdecken, sei es von der Vagina aus, zu mehr konservativen Methoden.

Der Verf. begründet seine persönlichen Ansichten auf eine nicht gering zu veranschlagende Statistik von 141 Fällen, von denen seit 1901 33 operiert wurden. Von 108 konservativ behandelten Frauen wurden 50 vollständig geheilt; 3 davon wurden schwanger. 45 Fälle wurden gebessert und zwar so, dass zwar noch Reste der Affektion feststellbar waren, dass aber die Beschwerden gänzlich beseitigt erschienen. 7 Fälle sind noch in Behandlung, 6 Kranke entzogen sich der weiteren Behandlung aus Zeitmangel. Unter den 33 Operierten gab es 6 Todesfälle, wovon allerdings 2 erst in extremis zur Operation gelangten. Alle Operationen boten besondere Schwierigkeiten infolge von Adhärenzen und Morschheit der Darmwandung. So lange Fieber bestand, wurde nach Möglichkeit ein operativer Eingriff vermieden. Der konservativen Behandlung muss eine genaue Diagnosestellung voran gehen. Sie selbst besteht in Bettruhe, in der Anwendung von Wärme oder Kälte, sowie von Ichthyoltampons. Es ist selbstredend, dass sie viel Geduld verlangt. Bisweilen macht sich eine Forderung von 12—20 Monaten für dieselbe notwendig. Unter den operativen Fällen befanden sich 4 Fälle von Tuberkulose der Eileiter. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Hydrorrhoea zervikalis aus den Malpighi-Gaertnerschen Kanälchen nach abdominellem Kaiserschnitt mit subtotaler Uterusexstirpation. Von Dr. O. S j a m e n i. (Gyn. Rundschau 1908, 2.)

Nach Operationen treten bisweilen vaginale Fisteln auf, die nach längerer oder kürzerer Zeit spontan heilen. Solche Fisteln können sehr leicht mit Ureterenfisteln verwechselt werden. Eine Ureterfistel heilt nun tatsächlich niemals spontan und ist eine so schwere Erkrankung, dass sie selbst die Exstirpation einer Niere rechtfertigen würde. Bei den Berichten aller spontan geheilten

Ureterenfisteln müssen wir in erster Linie an eine Verwechslung mit der hier beschriebenen Erscheinung denken. Die chemische Untersuchung der von einer solchen Fistel abgesonderten Flüssigkeit und der günstige Ausgang ist das entscheidende. Durch eine instructive Krankengeschichte bekräftigt der Verfasser seine Auseinandersetzungen. —
B o h n - Chemnitz.

Walchersche Bauchdeckennaht. Von Dr. Walter Pfeilstück er. Gyn. Rundsch., Heft 1.

Um das Abreißen zu verhüten, das so oft zum Zurückbleiben von Seidenfäden und langwierigen Eiterungen in der Operationswunde führt, empfiehlt es sich an Stelle von Seide das Jodkatgut oder noch besser den festen Leinenfaden, wie er in jeder Krämerei erhältlich ist, zu benutzen und auf folgende Weise vorzubereiten: Der Zwirnfaden wird von der Fadenrolle, auf der er in den Handel kommt, abgewickelt und auf Strähne gewickelt und in Paraffin vom Schmelzpunkt 50° C. 40 Minuten lang gekocht. Das Paraffin darf nicht höher als auf 97° erhitzt werden, damit der Zwirn nicht brüchig wird, was im Wasserbade, in irgend einem Glase geschehen und mit dem Thermometer leicht kontrolliert werden kann. Das fertige Material wird mit einer sterilen Pinzette in Sublimatlösung gelegt. Das Material reißt nie. Die Walcher'sche Methode der Naht selbst beruht bekanntlich darauf, dass alle Fäden so gelegt werden, dass kein Faden bei der späteren Entfernung in der Wunde zurückbleiben kann.
B o h n - Chemnitz.

Ovarialantikörper und Osteomalakie. Von Dozent Dr. Fränke l-Breslau. Münch. med. Woch., Nr. 25, 23. Juni 1908, pag. 1327.

Verf. wirft folgende 5 Fragen auf, welche nicht nur theoretisch, sondern auch praktische Wichtigkeit haben und im einzelnen noch erforscht werden müssen.

I. Lassen sich im Blute Gegenkörper gegen die Ovarialsubstanz nachweisen?

II. Treten sie nach Wegfall der Ovarialfunktion in vermehrter Weise in die Erscheinung?

III. Erzeugen sie bei antizipierter Klimax die sog. Ausfallerscheinungen?

IV. Führt das Blut zur Zeit der Ausfallerscheinungen in besonders hohem Grade Gegenkörper?

V. Geht dieser auf die Milch, bezw. die andern Se- und Exkrete über? —

Osteomalakie mit zuviel Eierstockssekret, Ausfallerscheinungen mit zu wenig Ovarialsekret sind gerade so gut Gegenkrankheiten wie Myxoedem bei zu wenig Schilddrüse und Morbus Basedow bei zuviel (Hypertrophie). Thyreoidin und Ovarien heilen oder bessern die ersteren beiden Krankheiten, Wegnahme des Organs oder Antisera sind als Heilfaktoren gegen das zweite Krankheitspaar erkannt bezw. noch zu prüfen. Thyreoidin gegen Myxoedem, Kastration gegen Osteomalakie haben die Probe bestanden, Oophorin, Anti-

thyreoidinserum und Strumektomie sind noch mehr oder minder umstritten, Antioophorin ist noch nicht versucht. Diese Lücke gilt es jetzt auszufüllen.

Ein Fall von typischer, sehr weit vorgeschrittener Osteomalakie wurde nun unlängst nach den Weisungen des Verfassers von Dr. Schiller mit gutem Erfolge behandelt. Das angewandte Anti-thyreoidin wurde von einer Ziege genommen. Weitere Arbeiten müssen definitiv über die Frage entscheiden. —

Freudenberg - Dresden.

Beitrag zu Behandlung mit Oophorin. Von Dr. A. Hirschberg, Assistenzarzt an der Poliklinik für Frauenkrankheiten von Prof. Dr. W. Nagel - Berlin. Münch. mediz. Woch., Nr. 25, 23. Juni 1908, pag. 1330.

Unter Anführung von 6 einschlägigen Krankheitsgeschichten führt der Verf. aus, dass wir im Oophorin ein Mittel besitzen, welches bei richtiger Indikation angewandt zweifellos die sog. Ausfallerscheinungen im natürlichen wie im künstlichen Klimakterium zum Schwinden bringt. Freilich machen sich dabei öfters Wiederholungen der Behandlung geltend. Niemals aber treten Nebenwirkungen ein, auch nicht bei den stärksten Gaben und anhaltender Darreichung. —

Freudenberg - Dresden.

Antithyreoidin Moebius bei Osteomalakie. Von Dr. Rudolf Hoffmann in München. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 18, 2. Mai 1908, pag. 589.

Verf. weist auf den Zusammenhang zwischen Osteomalakie und Morbus Basedow hin und berichtet sodann über einen Fall von Osteomalakie, in welchem er eine auffallende Besserung mittels Einführung von Antithyreoidin Moebius per os beobachtete. Indes kann trotz der Anwendung von 120 ccm Antithyreoidin noch nicht auf einen Dauererfolg gerechnet werden, so dass Verf. da, wo der hohe Preis des Mittels einer längeren Durchführung der Kur unüberwindliche Schwierigkeiten entgegensetzt, und wo die intravenösen Injektionen von Nebennierenpräparaten nach Bossi nicht ratsam erscheinen, intramuskuläre Injektionen von synthetischem Suprarenin vorschlägt. Gleichzeitige Phosphorthherapie dürfte die Dauerwirkung der Adrenalinur vermutlich unterstützen. —

Freudenberg - Dresden.

Die Behandlung der Dysmenorrhöe und der Uterusblutungen.

Von Dr. F. Girardi, Cervinara. Rivista internazionale di Clinica e Terapia, Nr. 15, 1908.

G. verwandte bei starken menstruellen Blutungen und bei Metrorrhagien Styptol; die Wirkung desselben auf die Blutungen war stets sehr zuverlässig, in jedem Falle wurde eine schnelle Verminderung der Haemorrhagien beobachtet, selbst in Fällen, wo Hamamelis und Hydrastis nur wenig Wirkung gebracht hatten. Ganz besonders machte sich jedoch die schmerzstillende Wirkung des Styptols bemerkbar. Das Mittel erwies sich auch als sehr wirksam nach vor-

aufgegangener Operation, so liessen z. B. in einem Falle bei einer Patientin, bei der 1 Jahr vorher ein Kürettement vorgenommen war, bei wiederauftretenden Störungen nach Styptol sowohl die Blutungen wie die Schmerzen prompt nach. Das Mittel ist ferner für den operierenden Arzt sehr zu empfehlen, da es sich bei Adnexoperationen, Ovarrektomien usw. gut dazu eignet, um Komplikationen vorzubeugen und weil es ferner eine sedative Wirkung auf die Unterleibsorgane ausübt.

Im besonderen bewährt sich das Styptol bei Dysmenorrhöe, da es nicht nur die Blutungen herabsetzt, sondern auch vor allem die Schmerzen lindert, die sich einige Tage vor den Menses einzustellen pflegen.

Ausser der hämostatischen Wirkung besitzt das Styptol einen sedativen Charakter, wahrscheinlich durch die Herabsetzung der Reizempfindlichkeit der peripherischen Nerven speziell in der Urogenitalsphäre. — R.

Styptol bei Uterusblutungen. Von Dr. W. Wettengel (Deutsches Hospital) New-York. Therap. Medic. Nr. 4, 1908.

Das Styptol hat vor allem drei Vorzüge:

1. es ist selbst in hohen Dosen relativ ungiftig,
2. es bewirkt keine Uteruskontraktionen,
3. es besitzt eine sedative Wirkung.

Während der verschiedenen Jahre, in denen Verf. das Mittel anwandte, hatte er mit Styptol stets prompten und konstanten Erfolg. Nach seiner Meinung würde ein Versuch in geeigneten Fällen manches Kürettement unnötig machen. W. sieht sich durch seine guten Erfolge veranlasst, immer erst einen Versuch mit Styptol zu machen, bevor er operative Massnahmen ergreift, ausgenommen in solchen Fällen, wo eine Operation überhaupt unvermeidlich ist. — R.

Über Gonorrhöebehandlung. Von Dr. H. de Meric. Allg. Med. Central-Zeitung 1908, Nr. 36.

Der Verf. berichtet über seine am französischen Hospital in London gemachten Erfahrungen mit Gonosan bei der Behandlung der Gonorrhöe. Die Behandlung wurde, falls nicht stürmische Erscheinungen vorlagen, mit Einspritzungen und Darreichung von Gonosan, 6—8 Kapseln täglich, eingeleitet. Diejenigen Fälle, die bereits mit einer Komplikation wie Zystitis etc. eintraten, wurden nur mit dem Balsamikum behandelt. Die Erfolge waren durchweg günstige, insbesondere auch dort, wo die Mit Anwendung des Gonosans mit der Lokalbehandlung Hand in Hand ging. — R.

Eine neue Leibbinde. Von Dr. med. Rudolf Schlick, prakt. Arzt in Kirchartd (Baden). Ärztl. Rundschau, Nr. 24, 1908.

Der Verf. führt das Nachstehende aus:

Das Aufhalten fortschreitender Schlaffheit sowie das Streben nach Ersatz des abdominellen Druckes müssen die Richtschnur für die Herstellung einer Leibbinde bilden. In erster Linie muss daher

der Leibteil der Binde möglichst flach gearbeitet sein. Wenn die Konvexität des schlaffen Leibes in eine konkave Leibbinde zu liegen kommt, wird wohl einer weiteren Erschlaffung entgegengewirkt, keineswegs aber der nötige Druck auf die Eingeweide erstrebt oder erreicht. Eine flache Binde dagegen ermöglicht einen beliebig starken Druck und ist daher dem Leibe eine wirkliche Stütze, sofern natürlich für dieselbe keine Möglichkeit besteht, nach oben auszuweichen. In zweiter Linie ist Wert zu legen auf eine gute, möglichst wenig lästige Fixierung. Eine Binde, die rutscht, hat ihren Zweck verfehlt. Infolge der Verjüngung des Körpers von den Hüften gegen den Thorax zu ist es das Streben jeder abdominellen Bandage — insbesondere einer flachen, — sich nach oben zu verschieben.

Die Fixierung der Leibbinde wurde bisher besorgt durch Gummi- oder Trikotschläuche — beide als mehr oder minder dicke Stränge um den Oberschenkel verlaufend — durch menstruationsbindenähnliche Haltebandagen und strumpfbandartige Halter. Es ist klar, dass diese Fixierungen, die einen starken Zug auszuhalten haben, zumal bei flacher und aus unnachgiebigem Stoff hergestellter Binde, sehr lästig fallen müssen. Vielleicht hat man zum Teil auch deshalb bisher meist die Leibbinden konkav oder aus nachgiebigem Stoff gearbeitet, damit dieselben an und für sich Halt am Abdomen gewinnen, bezw. die Befestigungen am Oberschenkel keinen zu starken, an den Druckstellen in den Schenkelfalten resp. an Genitalien und Damm unangenehmen, häufig Ekzeme verursachenden Druck auszuüben. Es ist bekannt, dass die Frauen die Schenkelriemen aus obengenannten Gründen bald weglassen. Damit sinkt natürlich der therapeutische Wert der Binde auf ein Geringes. Trikotgewebe aber sind zu nachgiebig und Gummi wird zu rasch brüchig und funktionsuntüchtig.

Daher hat Verf. aus festem aber leichtem Stoff eine Binde nach Art der *Spica coxae duplex* konstruiert. Seine neue Binde besteht aus einem flachen Mittelstück mit vier Fortsätzen, von denen die breiteren oberen über die Hüften zur Lendengegend, die schmäleren unteren um den Oberschenkel herum nach oben zur Hüfte geführt werden, um dort an einem Haken Halt zu finden. An dem linken oberen Fortsatz befindet sich ein einfacher Gurt, am rechten ein Doppelgurt, der wiederum in einen einfachen übergeht, welcher die Schnalle trägt. Beide Gurte kreuzen im Rücken, werden über die Hüften nach vorn gezogen und, nachdem sie unter einen in der Mittellinie des Mittelstücks befindlichen Haken geschoben sind, angezogen und nach Belieben stark zugeschnallt.

Die Eigenschaften der konstruierten Binde präzisiert der Verfasser folgendermassen:

Die flache Bearbeitung des Leibteiles der aus kräftigem, waschbarem Stoff hergestellten Binde gibt dem schlaffen Leib einen guten Halt. Die Anordnung des Schenkelhalses bietet die Gewähr für absolute Unverschieblichkeit und vermeidet die Nachteile der bisherigen Befestigungen, indem er den Zug des Leibteiles flächenhaft auf den Umfang des Oberschenkels, hauptsächlich aber auf die Aussenseite desselben überträgt und ein Einschnneiden zwischen den Schenkeln

verhindert. — Die Leibbinde wurde von dem Verfasser bisher in 40 Fällen verordnet. Die Frauen fanden alle das Tragen derselben im Vergleich zu den früheren, die sie seit Jahren zu tragen gewohnt waren, zweckentsprechender und angenehmer.

Fabrikation der Leibbinde, D. R. G. M. Nr. 312 065, durch Firma W. Ziegler, Nauheim b. Grossgerau. —

F r e u d e n b e r g (Dresden).

Zwei Ausnutzungsversuche mit Odda M. R. Von Dr. med.

Karl B e r n s t e i n - Leipzig, Spezialarzt für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen. Fortschr. d. Mediz. 1908, No. 2.

Mit dem nach den v. M e r i n g'schen Prinzipien hergestellten Präparat hat der Verf. ausgiebige Stoffwechselversuche an sich selbst vorgenommen. Dabei bestand seine tägliche Hauptnahrung aus 225 g Schabefleisch (3,35 Proz. N), 275 g Mehl (1,61 Proz. N), aus gleichen Teilen Weizen- und Roggenmehl mit 5 g Hefe, 110 ccm Wasser und etwas Salz, von ihm selbst zu einem Brote verarbeitet, 200 g Äpfel in Musform, 110 g Butter, 40 g Zucker, 30 g Drops, 3 Tassen Kaffee mit je zwei Kaffeelöffel Sahne und täglich fast gleicher Menge Wassers. Er weiss aus früheren Versuchen, dass diese Nahrungszusammensetzung den Bedarf seines Körpers von 70 Kilo Gewicht völlig deckt, ihn im Gleichgewicht erhält, und sehr bald auch ein Stickstoffgleichgewicht herbeiführt. Der Kot der einzelnen Perioden ward genauestens durch Pflanzenkohle abgegrenzt, gesammelt und mit etwas Schwefelsäure aufbewahrt. Von der Gesamtkotmenge der einzelnen Perioden ward eine mehr als genügende Menge, nachdem der Kot ordentlich verrührt und gewogen war, zum Trocknen entnommen und gewogen. Im Wärmeschrank ward er dann bis zur Konstanz getrocknet, gewogen und in einer Mühle zu Pulver gemahlen. Dieser pulverisierte Kot ward zur Stickstoff- und Fettbestimmung benutzt.

Hierdurch liess sich nun feststellen, dass die Ausnutzung der Normalkost nach Zusatz von Odda günstiger und prozentualiter höher war, als die der blossen Normalkost.

Der Verf. nimmt ferner an, dass Odda den Bakterienanteil des Kotes, der einen hohen Prozentsatz desselben ausmacht, wesentlich herabsetzt; doch sind über diesen Punkt seine Untersuchungen noch nicht völlig abgeschlossen. Er hat Odda M. R., seitdem er es im Experiment kennen und schätzen lernte, auch in der Praxis vielfach bei den verschiedensten Magendarmerkrankungen in Milch und Suppen nehmen lassen. Das Präparat wird gern genommen, sehr gut vertragen, und seine Erfolge sind dieselben guten, wie sie von anderer Seite auf Grund genauer Beobachtungen berichtet worden sind. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Technik der Radikalbehandlung der Vesikovaginalfisteln. Von Dr. P a s t e a u. Annales des malad. des org. genito-urinaires, No 11, 1908; besprochen: Revue de thér. méd.-chir., No. 14, 15. Juli 1908, pag. 500.

Die Technik der Radikaloperation der Blasenscheidenfisteln be-

ruht auf zwei operativen Verfahren, der Anfrischung des Orifizium mit einfacher Naht und der Verdoppelung der vesikovaginalen Zwischenwand mit Naht in 2 Schichten, die eine Schicht à la *L a m b e r t* an der Blasenwand und die andere oberflächliche Schicht auf der Scheidenschleimhaut.

Das Verfahren von *Braquehay*e ist eine Variante der letzteren Methode. Man umschreibt das Orifizium durch einen Kreisschnitt in einem gewissen Abstand von demselben. Dieser Einschnitt bildet nun den Ausgangspunkt für die Verdoppelung, welche konzentrisch auf die Fistelöffnung zu angelegt wird. Mit *L a m b e r t*'schen Nähten wird sie in die Blashöhle hineingezogen, indem man dabei auf die Tiefe der Ränder der verdoppelten Portion zurückgeht. Alsdann wird die Scheidenschleimhaut darüber vernäht.

Die Schwierigkeit dieser Operationen ergibt sich, wenn man in der Tiefe an den gezerzten, und von den sie haltenden und einander sich nähernden Pinzetten gequetschten Gewebe operiert. Der Verf. hat nun zur Erleichterung dieser Schwierigkeit ein Instrument in Form eines schmalen Spatulums konstruiert, welches man in den Urether einführt und hinter die Fistel hält. Man dreht alsdann die Schaufel nach oben, wodurch die Fistel für den Operateur sichtbar wird, vor die Vulva tritt und sich auf eine feste Basis stützt. Die Verdoppelung wird so sehr erleichtert und die Nähte werden sauber an den durchschnittenen und abgetrennten Geweben angelegt. Es genügt dabei, die einfache Verdoppelung auszuführen, indem man von den Rändern des Orifiziums ausgeht und exzentrisch voranschreitet, um zwei verschiedene Schichten für das Vernähen zu gewinnen und vollständige Vereinigungen zu ermöglichen. Dieses Instrument hat den Namen „Anspanner der Vesikovaginalwand“ erhalten. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Massage der Eierstockskysten. Von Prof. Dr. V. Winiwarter. *Le scalpel et Liège médical*, 5. Juli 1908; bespr. *Rev. de thér. méd.-chir.*, Heft 15, 1. August 1908, pag. 534.

Der Verf. ist nach einem Mittel auf die Suche gegangen, welches palliativ, wirksamer als die Punktion und ungefährlich ist, während die Anstechung der Kysten zu gewissen übeln Zufällen Veranlassung geben kann. Für den Verf. nun bildet die Massage ein absolut sicheres und mächtig einwirkendes Mittel, um die Resorption des Inhaltes kystischer Tumoren und eine beträchtliche Abnahme ihres Umfanges herbeizuführen. Vermittels der Massage ist es möglich, die durch die Kompression der Bauch- und Brustorgane herbeigeführten Symptome zu beseitigen und das Allgemeinbefinden wesentlich zu heben. Der erste Erfolg der Unterleibsmassage äussert sich durch das Verschwinden der abdominalen Schmerzen und eine ausgiebige Vermehrung der Diurese. Der Allgemeinzustand der Patientin bessert sich ungemein.

Obwohl eine grosse Anzahl von professionellen Massören existiert, rät Verf. doch allen, die fest entschlossen sind, die denkbar besten Resultate bei ihren Kranken zu erzielen, die Massage eigenhändig auszuführen. Die Patientin wird auf den Rücken gelegt oder

bequem gesetzt, falls der Leib sehr umfangreich ist. Der Magen und der Darm soll möglichst leer sein. Die Bauchmassage führt der Verf. mit Fett aus, z. B. mit Vaseline, welcher Methode er bei weitem den Vorzug vor Talk oder ähnlichen pulverförmigen Substanzen gibt. Die Fettanwendung erlaubt ein ungewöhnlich tiefes Eindringen der Bauchwandungen. Man beginnt die Massage mit dem flachen Auflegen der Hände, unter Spreizung der Finger, auf die Vorderseite des Bauches über dem Nabel, rechts und links von der Medianlinie. Mit jeder Hand beschreibt man einen Halbkreis, indem man von oben nach unten, alsdann von aussen nach innen geht derart, dass sich die beiden Hände über der Symphyse in der Mittellinie treffen, indem sie zum Hypogastrium herabsteigen.

Durch Variieren der Zirkelbewegungen nach Ausdehnung und Richtung erzielt man eine Durchkreuzung des gesamten Abdomens und übt zugleich einen zentripetalen Druck von unten nach oben aus. Man muss bei diesen Arbeiten aber vermeiden, die Finger zu krümmen und die Spitzen derselben in die Bauchwand einzugraben, weil hierdurch sofort eine störende Kontraktion der Muskeln hervorgerufen wird. Man kann sehr energisch massieren, darf damit aber nie der Patientin Schmerz bereiten. Die Dauer einer Sitzung beträgt mindestens eine halbe Stunde und während dieser ganzen Zeit durchknetet man in entsprechender Weise die ganzen Bauchorgane, zumal die der Palpation zugänglichen Geschwulstteile.

Selbstredend ist die Massage nur ein Palliativmittel, aber wohl imstande, falls bessere Mittel nicht zugänglich erscheinen, sehr wertvolle Dienste zu leisten. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Eine milde und wirksame Operation gegen den totalen Vorfall bei alten Frauen. Von Dr. Vignard. Gazette médicale de Nantes, 20. Juni 1908. Bespr.: Revue de thér. méd.-chir., No. 14, 15. Juli 1908, pag. 499.

Bis zum Jahre 1905 wandte der Verf. bei grossen Genitalprolapsen die Bouilly'sche Operation an; aber dieses Verfahren gibt zwar gute Erfolge, ist jedoch langdauernd, schwierig und bei erschöpften alten Frauen nicht immer anwendbar.

Seitdem er nun die Methode des Prof. Müller in Bern adoptiert hat, haben ihn die Vorzüge derselben, welche er in 5 Fällen kennen lernte, sehr überrascht.

Die Müller'sche Operation besteht wesentlich in totaler Kolkpektomie oder anders gesprochen in der Abtragung der gesamten Scheidenschleimhaut, mit Ausnahme eines schmalen Streifchens in der Nähe der Vulva. Der Uterus bleibt erhalten, wird aber nach oben geschoben. Die blutigen, einander gegenüberliegenden Vaginalwände werden etagenweise vernäht, so dass sie schliesslich eine Säule bilden, welche vernarbt und sich zwischen Vulva und Uterus legt. Diese Säule widersetzt sich einem Rückfall des Prolapses. Die Scheide ist auf einen Hohl sack von wenigen Zentimetern beschränkt, mehr oder weniger lang, je nachdem man den Vaginalkanal anfrischt. Zum Koitieren ist er im allgemeinen nicht mehr geeignet.

Kurz gefasst ist die Technik wie folgt: Hervorziehung des Uterus vor die Schamspalte mit einer Pinzette, so dass sich das Scheidengewölbe anspannt. Zirkelschnitt von oberhalb des Tuberculum urethrale, die Furche entlang laufend, welche rund um den Prolapsus geht, in einem Abstand von 1,5 cm. Ablösung der Mukosa mit Messer oder stumpfer Präparation, soweit die Schleimhaut den Uterus bedeckt und Umwendung derselben nach Art eines Handschuhfingers. Vervollständigung der Ablösung bis zur Insertion der Scheidenschleimhaut am Kollum und Freipräparierung desselben rundum. Die Scheide, ihrer Schleimhaut beraubt, stellt jetzt eine weite, klaffende Wunde dar. Nur ein Schleimhautring an der Vulva ist stehen geblieben. Vereinigung der Wunde durch Etagennaht, indem man in ihrer ganzen Ausdehnung die lateralen Wände der Vagina einander nähert. Die Reduktion des Uterus tritt ganz von selbst ein. Endlich werden die Ränder des vaginalen Nähtebauches mit einigen Seidenfäden oder Crin de Florence, in der Achse der Vulva angelegt, vereinigt.

Die Operation ist einfach auszuführen. Narkose ist nicht immer erforderlich. Man kann sich der lokalen Anaesthesie bedienen oder selbst diese unterlassen. Die Wundverletzung ist geringfügig und Müller erlaubt seinen Kranken, namentlich den sehr alten, am vierten Tage aufzustehen. Die Wirksamkeit der Operation ist eine vollständige.

Dagegen sind die Indikationen der Operation ziemlich beschränkt:

1. Der Prolaps muss ein vollständiger sein, um die Abtragung der Mukosa zu ermöglichen.
2. Sie eignet sich nur für alte Frauen ohne Uterinabsonderung, da man einen Verschluss der Gebärmutterhöhle bewirkt.
3. Die Kranken müssen auf die Ausübung des Beischlafes verzichten.

Schliesslich bemerkt der Verf., dass die Folgen einer ev. Verhaltung von Uterussekret nicht zu befürchten seien, denn diese Absonderung rührt bei alten Prolapsen von Exulzerationen des Kollum her, welche mitsamt der Mukosa durch die Operation beseitigt worden sind. —
Freudenberg - Dresden.



Referate über Geburts- und Säuglingspflege.

Die Blutungen in der Geburtshilfe. Von Prof. L. Mangiagalli. *L'Arte Ostetrica, Rivista quindicinale di ostetricia e ginecologia pratica edita dall' O. P. Guardia, ostetrica di Milano.* No. 1 vom 15. 1. 1908.

Mangiagalli bespricht die Nachgeburtsblutungen und unterscheidet

1. Blutung durch Retention der Plazenta,
2. Blutung nach Ausstossung der Plazenta,
3. sekundäre Blutung während des Puerperiums.

Um die Lösung der Plazenta zu beschleunigen, empfiehlt er Massage des Leibes mit vorsichtig geübtem Credé'schen Handgriff. Ein Angewachsensein lässt sich vermuten, wenn die Frau früher an Endometritis litt und wenn in der ersten Zeit der Schwangerschaft Blutungen aufgetreten waren, die einen Abort befürchten liessen. Die manuelle Plazentarlösung wird zweckmässig in Allgemeinnarkose vorgenommen.

Blutung nach Ausstossung der Plazenta tritt ein bei Atonie des Uterus, die besonders oft bei Plazenta praevia auftritt; ferner wenn die gefüllte Blase eine Zusammenziehung des Uteruskörpers verhindert. Gegen atonische Blutung wird heisse Uterusspülung (45 bis 50° C) mit Erfolg angewandt.

Spätere Blutungen können eintreten, wenn Plazentarstücke oder Eihautreste im Uterus zurückgeblieben sind; erstere müssen manuell entfernt werden.

Mehr als 3—4000 g Blut kann eine Frau nicht verlieren, sonst stirbt sie. Die allgemeinen Gegenmittel sind Tieflagern des Kopfes, Kochsalzinfusion, Herzstimulantien, Wickelung der Gliedmassen. —

K r a u s - Ansbach.

Einige Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaftszeit. Von Dr. L. Fiori. *L'arte ostetrica*, Heft III, 1908.

Die sicherste Zeitbestimmung geht von der letzten Menstruation aus. Fiori hat aber durch eingehende Untersuchung nachgewiesen, dass die Messung des Uterushochstandes über dem Schambein auch gute Resultate gibt. Die betreffenden Entfernungen sind:

nach 6 Monaten	23,25 cm	
„ 6 1/2	25,25	„
„ 7	27,12	„
„ 7 1/2	29,12	„
„ 8	31,00	„
„ 8 1/2	33,00	„
„ 9	35,00	„

K r a u s - Ansbach.

Inversio uterina. Von der Hebamme Ester Bertola. *L'arte ostetrica*, Heft III, 1908.

Bei einer 19 jährigen II para war das Kind spontan geboren, die Nachgeburt erschien, als der Uterus durch äussere Reibung zur Kontraktion angeregt wurde, zugleich aber wurde die Frau blass, bewusstlos, wie sterbend. Die Hand der Hebamme fühlte keine Gebärmutter mehr, vielmehr trat in der Scheide ein rotes blutendes Gebilde zutage, die invertierte Gebärmutter. Mit der Hand stülpte die Hebamme den Uterus zurück und zog dieselbe erst wieder heraus, als kräftige Nachwehen einsetzten. Im Wochenbett keine weiteren Störungen. —

K r a u s - Ansbach.

Zur Entwicklungsmechanik der Placenta circumvallata sowie ihre klinische Bedeutung.

Von Prof. Dr. von Herff-Basel. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn., 12. Bd., 1. H.

Deduktion ist auf dem Gebiete der Medizin stets eine missliche Sache, zumal jede spekulative Deduktion. Mangels der Möglichkeit des direkten Verfolgens der Bildung einer Placenta circumvallata lässt sich aber ihre Entwicklungsmechanik anders nicht klarlegen. Über Vermutungen und vielfach über unbeweisbare Annahmen ist man in der Lehre dieser Entwicklungsmechanik bisher nicht hinausgekommen. Positive Schlussfolgerungen sind deshalb womöglich ganz zu vermeiden, da es sich bestenfalls nur um Wahrscheinlichkeitsbeweise handelt.

von Herff's Ansicht lässt sich nach eingehender Beschäftigung mit dieser Frage etwa dahin zusammenfassen: Wird der Schlussring, der sich als solcher definitiv erst nach endgültiger Scheidung des Chorion laeve von Chorion frondosum festlegen lässt, in seiner weiteren exzentrischen Ausdehnung und Vergrößerung durch irgendwelche pathologische Prozesse dauernd behindert oder selbst zur konzentrischen Verkleinerung durch Schrumpfungsprozesse gebracht, so kommt es zur Bildung einer Placenta marginata, insbesondere aber zur Entstehung einer Placenta circumvallata. Die Natur dieser pathologischen Veränderungen bestände in degenerativen Prozessen und Nekrosen, kurz in einer Infarzierung des Schlussringes, der Bandreflexa, Vorgänge, die ein Starrwerden, eine Unnachgiebigkeit, ja selbst ein Schrumpfen des Schlussringes veranlassen. Diese Infarzierung kann sekundär auftreten — wie bei schmalbasiger Insertion des Eies, wenn es einen beginnenden Abort überwindet —, oder primär als Folge irgendwelcher Ernährungsstörungen oder selbst von Entzündungen der Dezidua.

Wird der Abort glücklich umgangen, so wachsen in der Folge die Chorionzotten peripher von dem undehnbar gewordenen Schlussringe in die umgebende Dezidua hinein, d. h. es bildet sich eine Placenta circumvallata.

Im Gegensatz zu Liepmann hält Verf. die klinische Bedeutung der Plac. circumvall. für nicht gering, und zwar wesentlich die der schweren Formen. von Herff kennt aus seiner Praxis wenigstens ein halbes Dutzend von Fällen, in denen in den mittleren Monaten der Schwangerschaft schwere Blutungen auftraten, die in der üblichen Weise nicht zu stillen gewesen sind und bei denen schliesslich die Schwangerschaft unterbrochen werden musste. In all diesen Fällen fand sich als Ursache der Blutungen die per exclusionem vermutete Placenta circumvallata. Weit häufiger freilich kommt es zu Abort und Frühgeburt. Gar mancher drohende Abort ist auf diese Anomalie zurückzuführen, weshalb Verfasser die Placenta circumvallata scherzweise als die Folge eines missglückten Aborts bezeichnet.

Im Jahre 1905 fand v. Herff unter 1254 Geburten 95 Fälle von Placenta marginata verschiedenen Grades. 2 davon waren wegen schwerer Blutung in der Schwangerschaft vorher klinisch behandelt worden. 22 mal wurden Blutungen in der Nachgeburtszeit,

bedingt durch Störungen in der Lösung der Plazenta beobachtet. Verhaltung von Eihäuten wurde 15 mal vermerkt, darunter 1 mal Abreißen des ganzen Chorion.

Also insgesamt $37 = 39$ Proz. Störungen in der Nachgeburtsperiode. Placentae circumvallatae fanden sich 42; einmal davon starke Blutung in der Schwangerschaft, 13 mal Störung der Plazentalösung, 9 mal Eihautverhaltung (zweimal blieb das ganze Chorion, einmal ein Cotyledo zurück). Die klinische Bedeutung zeigt sich zudem in den Statistiken über manuelle Plazentalösungen und Eihautverhaltungen aus der Baseler Klinik. —

P e t e r s - Dresden.

Das Blutungs-, Schmerz- und Altersbild der gynäkologischen Erkrankungen. Von Dr. Scholl, Tübingen. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn., 12. Bd., 1. H.

Eine grosse Zahl anschaulicher Zeichnungen gibt uns ein gutes Bild über das Verhalten dreier Punkte aus der Anamnese der gynäkologischen Erkrankungen und zwar: über das Alter der Patientinnen, die Art ihrer Blutungen und die Art und Lokalisation ihrer Schmerzen. Zu Grunde liegt das Material der Tübinger Frauenklinik vom 1. Oktober 1897 bis 1. Januar 1906 (5803 Fälle). Die Altersverhältnisse sind durch Säulenkurven dargestellt, die Blutungsverhältnisse nach dem von Kaltenbach zuerst eingeführten Schema, in welches die Schmerzen nach der von R. de Seigneux angegebenen Methode eingezeichnet werden. Als typisch sind für die einzelnen Erkrankungen diejenigen Blutungs- resp. Schmerzbilder angenommen, welche sich in mehr als 60 % der Fälle ergaben. —

P e t e r s - Dresden.

Die Decapsulatio renum nach Edebohl's in der Behandlung der Eklampsie. Von Dr. W. T. Wiemer, Aachen. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd XVII., Hft. 3, 1908.

37 jährige IX para hatte in den letzten Monaten geringe Ödeme an den Unterschenkeln gehabt, befand sich aber sonst ganz wohl. Die Diurese war vorher, ebenso wie am Tage der Geburt und dem folgenden, anscheinend völlig befriedigend. Sie kommt spontan nieder und erkrankt 17 Stunden p. p. plötzlich an Eklampsie. Nach dem dritten Anfalle verschwindet das Bewusstsein, und die Anfälle häufen sich. Die Patientin verfällt immer mehr. Da alle symptomatischen Mittel erfolglos sind, wird zur Dekapsulation beider Nieren geschritten. Die Anfälle hören sofort nach dem Erwachen aus der Narkose auf, und das Bewusstsein kehrt zurück, nachdem die Kranke vorher 5 Stunden lang in tiefem Koma gelegen hatte. Der Albumengehalt des Urins sinkt bald nach der Operation von 12 ‰ auf $1\frac{1}{2}$ ‰. Die Verheilung der Operationswunden wird etwas durch Urinsekretion verzögert, trotzdem kann die Patientin nach 5 Wochen geheilt entlassen werden. Diese plötzliche Wendung des Krankheitsbildes nach der Operation zum Besseren muss wohl sicher auf den Eingriff geschoben werden. Verf. erörtert dann die Frage, ob man in der Therapie der Eklampsie beschleunigte

Entbindung und Nierendekapsulation, wie es G a n s s vorgeschlagen hat, kombinieren soll oder nicht, und verneint diese Frage. Es dürfte vielmehr richtig sein, wenn man nach der Entbindung abwartet, ob eine Besserung im Verlaufe der Krankheit eintritt oder nicht, und dann erst zur Nierendekapsulation schreitet, wenn der Zustand sich nicht zum Guten gewendet hat. Den richtigen Zeitpunkt für die Operation zu wählen, ist Sache der geburtshilflichen Erfahrung. Schwieriger ist die Sache allerdings bei Eklampsien, die erst p. p. auftreten, doch auch hier wird man nicht zu lange mit dem operativen Eingriffe warten dürfen, wenn man noch Aussicht auf Erfolg haben will. Zum Schluss fügt Verf. noch kurz die Krankengeschichten von zwei weiteren derartigen Fällen an, von denen die eine Pat. glatt durchkam, während bei der anderen die Operation selbst zwar völligen Erfolg aufwies, die Wöchnerin aber an den Folgen der Infektion der rechten Operationswunde starb. —
W e i s s w a n g e - Dresden.

Zur Frage der Hebeosteotomie und der künstlichen Frühgeburt im Privathause. Von Dr. Arthur Müller in München. Münch. med. Wochenschr., No. 24, 16. Juni 1908, pag. 1281.

Die Frage: „Ist die Hebeosteotomie in der Privatwohnung erlaubt oder nicht?“ hält Verf. für falsch gestellt. Prophylaktische Wendung, hohe Zange, Kürettement post partum, Anwendung des Sichelmessers etc. etc. ist gleichfalls nichts für Anfänger, nervöse oder ungeschickte Ärzte, während sie in der Hand des geübteren Praktikers gute Resultate ergeben. Auf Grund eines an genannter Stelle veröffentlichten persönlichen Falles steht Verf. nicht an, zu erklären, dass für operativ geübte praktische Ärzte die Hebeosteotomie auch im Privathause eine vollberechtigte Operation sei: immerhin aber werde die künstliche Frühgeburt für das enge Becken die normale Operation für das Privathaus bleiben. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Der „extraperitoneale“ und der „suprasymphysäre“ Kaiserschnitt. Von Prof. Dr. Hofmeier, Zentralbl. f. Gyn., No. 29, 18. Juli, pag. 937.

Verf. hat in zwei Fällen nach Sellheim operiert. Wegen einzelner Abweichungen in der Technik müssen wir bitten, das Original einzusehen. H. hält den extraperitonealen Kaiserschnitt für eine wertvolle Ergänzung des bisherigen Kaiserschnittes und möglicherweise dazu berufen, die Pubotomie zu ersetzen oder einzuschränken, nicht aber, den klassischen Kaiserschnitt zu verdrängen. Indes wäre es vielleicht praktisch, bei diesem den Schnitt in den unteren Uterusabschnitt zu verlegen. Diese Operation ist einfach und relativ unblutig. Führt sich diese Methode ein, so würden wir neben dem „extraperitonealen“ Kaiserschnitt für die unreinen Fälle den „suprasymphysären“ Kaiserschnitt für die reinen Fälle zu unterscheiden haben. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zur Extraktion nach Müller. Von Dr. E. Kaufmann in Frankfurt a. M. Zentralbl. f. Gyn., No. 27, 4. Juli 1908, pag. 877.

Verf. veröffentlicht einen einschlägigen Fall, der von dem besten Ausgang begleitet war. Er kommt aber auch auf den von Cukor in Nr. 19 des „Zentralbl. f. Gyn.“ in diesem Jahre besprochenen Veit'schen Fall zu sprechen und meint, dass hier das Misslingen doch wohl einigermaßen an der Müller'schen Methode gelegen habe, und dass diese keineswegs für alle Fälle passe. —

Freudenberg - Dresden.

Neue Methoden zur Wiederbelebung scheinot geborener Kinder. Von Prof. Dr. Ogata (Osaka, Japan). Beitr. z. Gebh. u. Gyn., 12. Bd., 1. H.

Verf. bespricht als „neue“ Methoden solche, die sich über 12 Jahre lang bei reichem geburtshilflichen Material gut bewährt und sich auf seine Empfehlung hin in Japan verbreitet haben. Bei den japanischen, gegenüber europäischen Begriffen beschränkten Raumverhältnissen der Wohnung lassen sich die Schultze'schen Schwingungen vielfach überhaupt nicht durchführen. Ausserdem erscheinen sie dem japanischen Gefühl grausam.

Nach Aufzählung der mancherlei Schädigungen, die den Schultze'schen Schwingungen zur Last gelegt werden, beschreibt Verf. sein eigenes System der Wiederbelebung, ein „Schlagen“ für die leichteren Fälle der Asphyxie, ein „Schwingen“ für die schwereren Fälle.

Der Mund wird mit dem Finger vom Schleim gereinigt, aus der Trachea werden etwa aspirierte Massen mit dem Katheter ausgesaugt. Den Rücken des kindlichen Körpers legt man nun auf eine gespreizte Hand, so dass Kopf und Extremitäten herabhängen. Hierbei streckt sich der Rumpf, während sich der Bauch stark wölbt. Mit den geschlossenen Fingerspitzen der anderen Hand schlägt man nun leicht und in regelmässigem Tempo, zirka 10—15 mal in der Minute auf die Herzgegend und lässt die Fingerspitzen unmittelbar nach der Berührung mit dem Kindskörper wieder zurückspringen.

Dieses Klopfen wirkt nicht nur als Hautreiz, sondern intendiert vor allem auch eine Kompression der Brustwand und Lungen: es bewirkt eine Expiration. Beim Abheben der Fingerspitzen folgt die Inspiration.

Beim „Schwingen“ wird das auf dem Rücken liegende asphyktische Kind an den Füßen so gepackt, dass die Hand die Gegend der Fussgelenke von hinten her angreift und der Zeigefinger zwischen die beiden inneren Knöchel, der Daumen auf den äusseren Knöchel des einen, die übrigen Finger auf den äusseren Knöchel des anderen Fusses zu liegen kommen. Die andere Hand wird mit ihrem Ulnarrand vom Kopfe her unter den Rücken des Kindes geschoben, Daumen und Zeigefinger legen sich wie eine Gabel um den Nacken, die übrigen Finger umspannen die Brustseite. Die Hohlhand unterstützt flach den Rücken.

Nun schiebt die am Kopfende fassende Hand den Oberkörper

langsam nach oben, dann nach unten, gegen die Füße hin, bis das Gesicht den Fussrücken berührt. Dabei übt die am Rücken befindliche Hand einen Druck auf den Oberkörper aus. So wird Brust und Bauchhöhle stark zusammengedrückt und das Zwerchfell in die Höhe geschoben. Die Lungen werden ausgedrückt: Expiration. Gleichzeitig Anregung der Herztätigkeit durch die intrathorakale Drucksteigerung.

Die in die Luftwege geratene Flüssigkeit wird herausgepresst und kann bei dem hängenden Kopfe leicht aus dem Munde ausfließen. (Diese Methode ähnelt sehr dem von Werth geübten und gelehrtens sogenannten „Taschentuchmanöver“, bei dem man mit den Oberschenkeln des Kindes seine Nase abwischt, indem man die Schenkel am Gesichte vorbeibewegt. Das Kind wird auch hierbei, wie oben beschrieben, gehalten. Ref. kann diesen praktischen Handgriff aufs wärmste empfehlen.)

Man lässt das Kind einige Sekunden in dieser Expirationsbewegung; dann geht man zur Inspirationsbewegung über und bewegt den Oberkörper des Kindes wieder in der vorher durchlaufenen Bahn bis zur Horizontalebene oder auch darüber hinaus. Meist genügen diese, des öfteren wiederholten Manipulationen, sonst lässt man die Handstütze am Kopfe weg und hält das Kind nur noch mit der anderen Hand an den Füßen.

Der Körper schwingt durch seine eigene Schwere stark nach unten, wobei die Arme gestreckt über den Kopf herabfallen. Der Brustkorb erweitert sich gut: Inspiration. Durch vermehrten Zufluss des Blutes zur Medulla oblongata wird das Atmungszentrum angeregt. Aus dieser Inspirationsstellung bewegt man das Kind wieder in die Expirationsstellung zurück. Dieses Schwingen wird in regelmässigen Pausen ca. 8—10 mal in der Minute ausgeführt.

Diese Schlag- und Schwingmethoden haben den Vorteil, dass sie gleichzeitig Atmung und Zirkulation durch einfache und leicht zu erlernende Handgriffe anregen, ohne den kindlichen Körper in die Gefahr einer Schädigung zu bringen. — Peters - Dresden.

Bemerkungen zu dem Artikel Hammerschlag's:
„Die Anwendung der Abortzange“. Von Dr. F. Thomä,
 Frauenarzt in Lüdenscheid i. W. Zentralbl. f. Gyn., No. 26,
 27. Juni 1908, pag. 846.

Th. tritt den Ausführungen H.'s, dass die Abortzange bei richtiger Konstruktion und Handhabung ein nicht nur ungefährliches, sondern sogar durchaus empfehlenswertes Instrument sei, in dieser Form entgegen. Er ist vielmehr der Ansicht, dass dieselbe nur im Notfalle mit äusserster Vorsicht angewandt werden soll. Zuerst versuche man manuell auszuräumen. Sollten Reste dabei zurückbleiben, so benutze man die Abortkürette unter Fingerkontrolle. Die Notwendigkeit der Einführung einer Abortzange würde bei diesem Verhalten sehr selten eintreten. Wenn doch, dann Benutzung derselben unter gleichzeitiger Einführung des Fingers. Langt hierzu der Raum nicht, so muss mehr dilatiert werden. —

Freudenberg - Dresden.

Ein Fall von puerperaler Pyämie, geheilt durch Unterbindung der Beckenvenen. Von Dr. Georg Friedemann in Stettin. Zentralbl. f. Gyn., No. 26, 6. Juni 1908, pag. 761.

Der Verf. veröffentlicht einen interessanten einschlägigen Fall, bei welchem die Ligatur mitten im thrombosierten Gebiet angelegt werden musste, da ein Höherhinaufgehen nicht mehr möglich war. Trotzdem erfolgte Heilung. Es scheint also dem septischen Prozess eine gutartige aseptische Thrombose vorausgegangen zu sein, deren Infektion eben durch die Unterbindung vereitelt wurde. Man braucht also selbst unter ungünstigen Verhältnissen noch nicht zu verzweifeln, da die Operation möglicherweise noch Rettung bringen kann. —
Freudenber g - Dresden.

Zwei Fälle von Hydrorrhöa uteri gravidi annialis. Von Dr. Wilhelm Ruth, Frauenarzt in Riga. Zentralbl. f. Gyn., No. 28, 11. Juli 1908, pag. 913.

Der erste Fall betrifft eine 26 jährige anämische und nervöse Frau, die schon dreimal geboren und einmal abortiert hat. Bald nach Ausbleiben der Regel waren unregelmässige Blutungen und wässrige Abgänge eingetreten. Trotz ärztlicher Massregeln und Schonung kam es zum vorzeitigen Weheneintritt und erfolgte nach 24 stündigem Kreissen die Geburt eines lebenden, aber nicht lebensfähigen Kindes von 33 Zentimeter Länge. Die Geburt verlief ohne Blasensprung und Fruchtwasserabgang.

Der zweite Fall betrifft eine 25 jährige Igravida, bei der es gleichfalls nach einem plötzlich aufgetretenen grösseren Wasserabgang und heftiger Blutung nicht lange gelang, den Weheneintritt zu verhindern. Das Kind war schon abgestorben und wurde mazeriert geboren.

Besonders beachtenswert erscheint dem Verf. der Umstand, dass das Fruchtwasser in beiden Fällen zumal im Liegen und am reichlichsten beim Sichhinlegen nach längerem Aufsein abfloss. Es muss also ein ventilartiger Verschluss angenommen werden, den Verf. auch therapeutisch benutzte, indem er die Patientinnen nicht ununterbrochen liegen liess. —
Freudenber g - Dresden.

An examination of excised tonsils. A case of tuberculous infection by a bacillus of the bovine type. Von Alfred F. Hess, New York (154 West Seventy second Street). Arch. of ped., 1908, Heft 1, pag. 31.

Hess untersuchte 25 frisch exzidierte Gaumentonsillen und 5 frisch entfernte Rachentonsillen von 13 Kindern mikroskopisch auf Tuberkelbazillen ohne Erfolg. Er tat dasselbe nochmals bei einem andern Kinde und impfte mit einem Teile des Materials drei Meerschweinchen. Der mikroskopische Befund war zwar negativ, von den Tieren starb aber eins an Miliartuberkulose. Von diesem Materiale wurden Kulturen angelegt und diese mikroskopisch untersucht; ohne Erfolg! Dann wurde das Kulturmateriel intraabdominal und intravenös 2 Meerschweinchen und 2 Kaninchen eingespritzt. Alle 4 Tiere starben an Tuberkulose, deren Ursache nun mikroskopisch als *Bacillus tuberculosis bovinus* erkannt wurde.

Bei dem Kinde konnte auskultatorisch und perkutorisch keine Tuberkulose festgestellt werden, wohl aber bei der Durchleuchtung eine Infiltration der Gegend der Lungenhilus beiderseits; ebenso

reagierte das Kind auf Tuberkulininjektion durch Temperaturerhöhung.

Die Infektion fand jedenfalls durch infizierte Nahrung statt. —
Hochheim - Halle a. S.

Expedemic anterior poliomyelitis in Philadelphia, with an analysis of cases occurring in the post four and a quarter years at the childrens hospital. Von Robert S. Mc Combs, M. D. Childrens Hospital of Philadelphia. Arch. of ped., Heft 1, 1908, pag. 36.

In Philadelphia wurden innerhalb 4 $\frac{1}{4}$ Jahren 43 Fälle von spinaler Kinderlähmung beobachtet, davon 18 in 3 Monaten hintereinander, sodass man unbedingt an eine Infektionsquelle denken muss. Die meisten Krankheitsfälle begannen mit Fieber und Erbrechen, zu denen sich dieses oder jenes andre Symptom noch gesellte. In annähernd $\frac{1}{3}$ der Fälle wurde als erstes Zeichen der Krankheit eine Lähmung beobachtet. Die andern sonstigen Symptome kamen auch bei jeder andern Infektionskrankheit vor. Die Epidemie unterschied sich von sporadischen Fällen durch keine Besonderheiten, sie war auf zehn Häuserblocks beschränkt. — Hochheim - Halle a. S.

Meningococcushydrocephalus. Von Francis Huber, M. D., New York. Arch. of ped., 1908, No. 3, pag. 161.

Der Hydrocephalus ist eine sekundäre Erkrankung. Die Flüssigkeitsansammlung kann in einem oder in beiden Ventrikeln oder im Arachnoidealraume stattfinden; man kann also einen äusseren, einen inneren und einen äusseren und inneren Hydrocephalus unterscheiden. Die Diagnose ist mehr oder minder schwierig je nach der Deutlichkeit der auftretenden Symptome.

Eine spezifische Behandlung gibt es nicht; meist werden Jodpräparate verordnet. Die Lumbalpunktion gibt gute Resultate bei äusserem Hydrocephalus; die Punktionen müssen mitunter 15 bis 20 mal wiederholt werden. Die bei den einzelnen Punktionen entnommenen Flüssigkeiten betragen manchmal 85 ccm. Ist die Verbindung der Ventrikel mit dem Arachnoidealraume obliteriert, so ist natürlich die Punktion ohne Erfolg. In diesen Fällen ist man auf die Ventrikeldrénage angewiesen, die jedoch nur selten Erfolge gegeben hat. —
Hochheim - Halle a. S.

Kernig's sign in infancy. A study of two thousand cases.

Von John Lovett Morse, A. M. M. D. Harvard Medical School., Boston. Arch. of ped., 1908, No. 3, pag. 167.

Das Kernig'sche Symptom findet sich fast nie bei Kindern, weder bei gesunden noch bei kranken, ausser bei Meningitis. Für diese Affektion ist es allerdings pathognomonisch, selbst wenn jedes andre Symptom fehlt. Bei Meningitis wird es aber keineswegs während des ganzen Krankheitsverlaufs angetroffen, manchmal fehlt es, mitunter ist es bloss zeitweise nachweisbar. Die Auffälligkeit des Kernig'schen Zeichens ist unabhängig von der Stärke des

intracramiellen Druckes. Es ist wertlos für die Differentialdiagnose zwischen tuberkulöser und zerebrospinaler Meningitis. —

Hochheim-Halle a. S.

A case of congenital biliary cirrhosis (congenital obliteration of the bile ducts). Von J. P. Crozer Griffith, M. D. Philadelphia. Arch. of ped., 1908, No. 3, pag. 174.

Das 12 pfündige Kind war von Geburt an gelbsüchtig. Es nahm an Gewicht stetig ab, hatte mehrere Blutflecke auf der Kopfhaut, vergrößerte Leber und palpable Milz. Das Abdomen war leicht ausgedehnt. Der grüngelbliche Urin war frei von Eiweiss, Zucker und festen Bestandteilen und ergab deutliche Gallenfarbstoffreaktion. Rote Blutkörperchen 3 900 000, weisse 14 040, Hämoglobin 68 Proz. Der Stuhl war teilweise dunkel gefärbt, wahrscheinlich durch Blutbeimischungen; er wurde schliesslich weiss und blieb es bis zu dem am 1. Januar 1907 eingetretenen Exitus. Der Ikterus nahm immer mehr zu, Speichel und Tränen wurden gallig verfärbt.

Die Sektion ergab vollkommen leere Gallenblase und Obliteration des Ductus cysticus. Ob der Ductus choledochus stenosierte oder obliteriert war, konnte nicht nachgewiesen werden, da die Angehörigen ihre Genehmigung zu eingehender Obduktion nicht gaben. Wahrscheinlich war dies der Fall, da in den wenigen zur Autopsie gelangten analogen Fällen dies nachgewiesen werden konnte. —

Hochheim-Halle a. S.

The caloric value of modified milk in its relation to infant feeding. Von Maynard Ladd, M. D., Harvard University, Boston (?). Arch. of ped., 1908, No. 3, pag. 178.

Es lässt sich für Kinder im ersten Lebensjahre weder die Menge noch die Zusammensetzung der Nahrung berechnen, da die Ausnutzungsfähigkeit der Nahrung bei jedem Kinde verschieden ist. So kam es vor, dass bei gleicher Nahrungsaufnahme das eine Kind die Nahrung um 75 Proz. besser ausnutzte als das andre. Wenn nun wirklich die prozentuale Zusammensetzung der Nahrung eines Kindes festgestellt ist, so ist es keineswegs gleichgültig, mit welchen Stoffen die Kalorien dem kindlichen Körper einverleibt werden. Fett kann z. B. nicht beliebig durch Proteide oder durch Zucker substituiert werden. Die Folge solcher Mischungen würden schwere intestinale Störungen sein. —

Hochheim-Halle a. S.

Péripheral phlebosklerosis in childhood. Von C. F. Martin, M. D. und I. A. C. Full, M. L. Royal Victoria Hospital, Montreal. Arch. of ped. 1908, No. 3, pag. 191.

Die periphere Phlebosklerose ist nach den Erfahrungen der Verff. gar nicht selten bei Kindern anzutreffen. Die Gründe für die Verdickung der Media und der Intima sind nicht bekannt, da auch kerngesunde Kinder diese Anomalie aufweisen, also keineswegs nur solche, die an langdauernden fieberhaften Krankheiten gelitten haben.

Hochheim-Halle a. S.

Report of case of chylothorax in a child. Von Charles Godwin Jennings, M. D., and Herbert, M. Rich., M. D., Detroit. Arch. of ped. 1908, No. 3, pag 195.

Ein 7½ Monate altes Kind bekam im Anschlusse an eine Pneumonie starke Dyspnoe. Die Untersuchung ergab eine Flüssigkeitsansammlung im rechten Pleuraraume. Die Herzspitze war bis in die linke Axillarlinie, die Leber weit nach unten gedrängt. Das Kind wurde innerhalb 5¼ Jahren 18 mal punktiert, bei jeder Punktion 12—28 Unzen Flüssigkeit entleert, die sich als reiner Chylus erwies. Die sonstige Behandlung bestand in Tuberkulininjektionen und der Darreichung von Syr. jodi, Eisen und Nuclein. —

Hochheim - Halle a. S.

The use of traction in the treatment of hip-joint disease in children. Von Edward J. Wynhoop, M. D., Syracuse New York, 210 James Street. Arch. of ped., 1908, No. 3, pag. 198.

Die Hüftgelenksentzündung wird nach Wynhoops Erfahrung am besten im Streckbette behandelt. Die Streckung ist nicht während der ganzen Dauer der Behandlung, sondern nur während des akuten Stadiums nötig. Die Erfolge des Streckbetts sind bei der akuten tuberkulösen Hüftgelenksentzündung wesentlich besser als die der einfachen Ruhigstellung. Die Behandlung hat sofort zu beginnen und muss monatelang fortgesetzt werden. Hierdurch heilt das Bein mit geringerer Verkürzung, als wenn das Kind das Bein im Fixationsverbande ständig gebraucht. —

Hochheim - Halle a. S.

Carbolhydrate incapacity in infants and young children. Von Charles Gilmore Kerley, M. D., New York. Arch. of ped. 1908, No. 3, pag. 203.

K. stellte empirisch fest, dass von den Zuckerarten der Milchezucker am besten von den Kindern vertragen wird, Rohrzucker und Malzzucker machen Aufstossen und Erbrechen, der letztere auch Durchfall. Reizbarkeit der Kinder, kystische Beschwerden und Ekzeme sind oft Zeichen für Intoleranz gegen Zucker.

Stärke wird in den meisten Fällen gut vertragen; der einzige Nachteil, den die Stärke haben kann, ist Verstopfung. Zur Beseitigung der Obstipation genügt es, alle stärkehaltigen Nahrungsmittel dem Kinde zu entziehen und 1½ Stunden nach der Mahlzeit ihm 2½ g Diastase zu geben.

Bei älteren Kindern schwankt die Zuckerkapazität zwischen 4 und 8 Unzen. Nur selten macht Zucker bei ihnen Beschwerden. In solchen Fällen ist meist eine nicht normal funktionierende Leber vorhanden. Das gewöhnlichste Zeichen für die Nichtverträglichkeit des Zuckers ist eine ständige Schleimhauthyperämie (Rhinitis, Tonsillitis, Urachitis). —

Hochheim - Halle a. S.

Referatenübersicht aus der Zeitschrift für Kinderforschung.

XIII. Jahrgang, Juni- und Juliheft.

Über den Aufsatz von Dr. med. Gustav Dirks: „Der Tic

im Kindesalter und seine erziehliche Behandlung“ soll nach dessen Vollendung berichtet werden. —

Landgerichtsrat Kulemann-Bremen: Zur Begriffsbestimmung der Jugendlichen:

K. hält die Auffassung des Strafgesetzbuches, dass bei den Jugendlichen die Einsichtsfähigkeit bei Begehung der Tat über den Eintritt von Erziehung oder Strafe entscheidet, für nicht richtig, sondern will, dass die Entscheidung je nach den Umständen des Einzelfalles von pädagogischen Gesichtspunkten aus getroffen werde. —

In den „Mitteilungen“ kommt Dr. Fischer-Braunschweig noch einmal auf die Fernwahrnehmung der Blinden zu sprechen und schliesst sich den Anschauungen Kunzes an, dass der sogenannte 6. Sinn der Blinden hauptsächlich auf taktilen Reizen beruhe ---

Ferner Bericht über die Verhandlungen der Österreichischen Gesellschaft für Kinderforschung: „Über sexuelle Aufklärung der Kinder.“ —

Die für Eltern und Erzieher bestimmten Ausführungen geben ein gutes und leicht verständliches Bild von dem Wesen des Tic als psycho-motorischer Störung, deren Grundlage eine psychische Disharmonie ist, und die sich in einer immer wiederkehrenden automatischen Bewegung äussert, die ursprünglich zweckmässig später den Charakter der Zweckmässigkeit verliert und schliesslich dem Einfluss des Willens völlig entzogen wird. Der Tic steht im Gegensatz zur „Gewohnheitsgeste“.

Aus der Entstehung des Tic ergibt sich seine Behandlung: sie ist eine heilpädagogische und richtet sich 1. gegen die überkräftigen Träger der Ticbewegung, 2. auf Heranbildung eines kräftigen, gleichmässigen, bewussten Willens, 3. auf die Herstellung des psychischen Gleichgewichts und besteht hauptsächlich in zielbewusster Übungstherapie.

Eine Hauptbedingung für den Erfolg ist Entfernung aus der Familie. —

Carlo von Kügelgen: Zur Statistik über Selbstmorde und Selbstmordversuche von Schülern und Hochschülern in Russland.

K. weist auf die stets wachsende Zahl der Schüler-Selbstmorde hin und sucht an der Hand der von Prof. G. W. Chlopin aufgestellten, allerdings sehr unvollständigen Statistiken die Ursachen hierfür zu ergründen. Während andere Gründe: Klima, Jahreszeit, politische und soziale Verhältnisse nur eine untergeordnete Rolle spielen, die Schule als solche überhaupt keinen Einfluss ausübt, hat das Lebensalter eine grosse Bedeutung und zwar die Zeit der Geschlechtsreife neben der hereditären Belastung.

Die „Mitteilungen“ bringen die Lebensgeschichte „dreier Vorkämpfer der Kinderforschung vor fünfzig Jahren“: Dr. Jan Daniel Georgens, Heinrich Marianus Deinhardt und Jeanne Marie von Gayette, und Beschreibung ihres Instituts „Levana“ zu Baden bei Wien; ferner „die Fürsorge-Erziehung im braunschweig-

schen Landtage“, einiges „aus den Verhandlungen des 7. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie zu Berlin“ und zwei Mitteilungen, die Gerichtspflege Jugendlicher betreffend. —
Mallinckrodt-Köln a. Rh.

Die Hernia umbilicalis der Kinder. Prophylaxe und orthopädische Therapie. Von Dr. Biancardi. L'arte ostetrica, Heft III, 1908.

Zur Prophylaxe ist vor allem eine gute Vernarbung des Nabels zu erstreben durch peinliche Reinhaltung und Desinfektion der Nabelwunde. Stärkerer Druck muss vermieden werden, indem man jeden Hustenreiz lindert und auf genaue Regelung des Stuhlganges achtet. Die vorhandene Hernie wird durch ein gazeumwickeltes Geldstück, das durch Heftpflaster fixiert ist, zurückgehalten. Vor den käuflichen Nabelbruchbändern warnt der Verfasser. —

Kraus - Ansbach.

Über Bromural. Von Dr. O. Mampell, Mannheim. Med. Klin. No. 23, 1908.

Verf. berichtet über seine Erfolge mit Bromural bei mittelschwerer Schlafbehinderung sowie bei Schlafstörungen leichter Art ohne irgendwelche Nebenwirkungen haben beobachten zu können. Besonders empfiehlt er das Bromural für die Kinderpraxis, wo es bei Keuchhusten in Verbindung mit Chinin. tannic. vorzügliche Dienste leistet. Ähnliche günstige Erfahrungen machte er mit Bromural unter gleichzeitiger Verabreichung von Phosphorlebertran oder Phosphorsalzen bei den Stimmritzenkrämpfen rachitischer Kinder und endlich auch in der Entwöhnungszeit, besonders da, wo unverständige Mütter die Kinder gewöhnt hatten, die ganze Nacht hindurch in kurzen Intervallen die Brust zu suchen. —

R.

Die Behandlung der Polyurie bei Kindern. Ohne Angabe des Verf. The hospital, 2. Mai 1908.

Der wahre Diabetes insipidus scheint, wiewohl er bei Kindern selten ist, bei diesen doch immerhin so oft vorzukommen, wie bei Erwachsenen. Gewöhnlich schreibt man nervösen Störungen den überwiegenden Anteil in der Ätiologie dieser Krankheit zu, so dass es sich dabei um Läsionen des Zentralnervensystems oder um Neurosen handeln soll. Vielleicht besteht jedoch dabei eine Abnormität in der Nierentätigkeit, welche dieser nicht gestattet, über einen gewissen Konzentrationsgrad hinaus Urin auszuschcheiden und zwar läge dieser Konzentrationsgrad unterhalb des normalen. Hieraus erklärte es sich, warum derartige Kranke ein Übermass von Flüssigkeit einführen. Setzt man die Menge der einzuführenden Flüssigkeit herab, so werden die soliden Bestandteile des Harns nicht in genügender Menge ausgeschieden und die sich alsdann einstellenden Symptome erinnern an diejenigen der Urämie.

Welcher Art indes die theoretischen Spekulationen über den Diabetes insipidus auch immer sein mögen, so kann doch die The-

rapie in mancherlei Fällen eine durchaus wirksame sein, während sie in anderen völlig ergebnislos bleibt. Vor allem ist es ein zweifelhaftes und bisweilen nicht ungefährliches Beginnen, wenn man die Menge des täglichen Getränks allzu stark herabsetzt. Es ergeben sich hieraus schwere Verdauungsstörungen, die Patienten verlieren die Esslust, es stellt sich Reizbarkeit und selbst der Symptomenkomplex der Urämie ein.

Die Ernährung muss einfach sein, substanziell und wohlgeordnet. Dem Verfasser ist es nützlich erschienen, den Fleischkonsum möglichst einzuschränken.

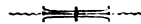
Unter den Medikamenten, welche die besten Erfolge zeitigen, befinden sich Baldrian, Antipyrin, Bromate, Belladonna und Arsenik.

Bisweilen wird man sich auch mit Vorteil des Ergotins und der Zitronensäure bedienen.

Baldrian muss in starken Dosen gegeben werden, zumal in rein nervösen Fällen. Man kann ihn unter der Form des valeriansauren Zinks, in Pillen mit Rhabarber, Extr. Gent. und Zinkmehl verabreichen.

Auch Antipyrin muss in hohen Gaben angewandt werden. Es setzt die Reflexreizbarkeit des Rückenmarkes herab und vermindert die Urinausscheidung. Am besten passt es daher für die nächtliche Inkontinenz der Kinder.

Belladonna und Atropin sind besonders bei der Inkontinenz nervösen Ursprungs angezeigt. Kalte Übergießungen über die Wirbelsäule, während das Kind in einem Becken mit warmem Wasser steht, erweisen sich als sehr dienlich. Schliesslich kann man den faradischen und galvanischen Strom in der Lendengegend zur Anwendung bringen. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.



Rezensionen.

Diät-Vorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art. Von Geheimem Medizinalrat Dr. J. Borntraeger, Regierungs- und Medizinalrat in Düsseldorf. Fünfte verbesserte und erweiterte Auflage, Würzburg 1908. Curt K a b i t z s c h. 2,50 M.

Die fünfte Auflage der „Diätvorschriften“ wird ebenso wie die früheren den Ärzten und Kranken willkommen sein. Die Diätzettel ersparen dem Arzte Zeit, bieten dem Kranken Abwechslung und geben dem Krankheitsbedrohten prophylaktische Ratschläge. Komplizierte Diätkuren sind ausführlich angegeben. —

L o e w e - Bunzlau.

Das Sexualproblem und die katholische Kirche. Von Josef Leute, cand. med., München. gr. 8° und 413 S. Frankfurt a. M. 1908. Neuer Frankfurter Verlag, 5 M.

Verf. ist jetzt cand. med. und war früher katholischer Pfarrer; wie er im Vorwort bemerkt, hat er schon früher über sexuelle Fragen, und zwar über die homosexuelle Bewegung geschrieben. Die einzelnen Kapitel lauten: Das sexuelle Monopol des Klerus, das Sexualproblem im katholischen Lehrsystem, das Sexualproblem in Kultus und Liturgie, das Sexualproblem in der Seelsorge, die katholische Sexualpädagogik, das Sexualproblem im Leben des Klerikers und in der kirchlichen Gesetzgebung, moderne Moral in katholischer Beleuchtung. Wenn Verf. als Apostat mit einiger Bitterkeit und Schärfe, vielleicht auch mit einigen Übertreibungen schreibt, so bleibt doch bei der Lektüre dieses Buches manches übrig, was dem Arzt zu denken gibt. Vielleicht hängen öfter als man glauben mag, vielfach nervöse und hysterische Beschwerden bei Frauen mit den beschriebenen kirchlichen Massnahmen zusammen; möglicherweise haben wir auch manchen Misserfolg bei hysterischen Erkrankungen der Frauen auf dieses Konto zu setzen. Sehr interessante Aufklärungen werden auch über die sog. Pastoralmedizin gegeben. — I s r a e l - Fischhausen.

Hyperemesis gravidarum. Von Dr. Adam C z y z e w i c z jun., Lemberg. Samml. klin. Vortr., begründet von Richard v. Volkmann n. gr. 8° u. 26 S. Leipzig 1908. Verlag von Johann Ambrosius Barth. Preis 0,75 M.

Nach einem historischen Überblick nimmt Verf. an der Hand der publizierten Hypothesen 4 Möglichkeiten an. Ein Erbrechen der Schwangeren kann eintreten:

1. bei Krankheiten des Magens,
2. auf reflektorischem Wege,
3. auf nervöser Basis,
4. als Toxaemie.

Die 3 ersten Möglichkeiten unter den speziellen Begriff Hyperemesis gravidarum unterzuordnen, hält Verf. für unzulässig, er lässt höchstens den Ausdruck Hyperemesis spuria gelten, während die Hyperemesis vera allem Anscheine nach rein toxaemischen Ursprunges ist. Die Vergiftung selbst scheint nicht, wie manche Forscher annehmen, vom Syncythium, sondern von Produkten des Fruchteies selbst auszugehen. Für die Vergiftungstheorie sprechen die 3 vom Verf. erhobenen Sektionsbefunde, welche in 2 Fällen hochgradige fettige Degeneration aller Organe, in einem parenchymatöse Degeneration des Herzmuskels und fettige der Leber, der Intima der Aorta und der Nieren ergaben. Die Heilung der Hyperemesis ist nur möglich, wenn der Körper allmählich genügend viele Antitoxine bildet, um die vorhandenen Toxine zu binden. Therapeutische Erfolge sind bisher eigentlich nicht erzielt, da man ja das Toxin selbst noch gar nicht kennt. Naheliegend scheint uns der Versuch, ob es nicht gelänge, mit Hilfe des antitoxinreichen Serums einer gesunden Gravida den Krankheitsprozess zu beeinflussen. — K r a u s - Ansbach.

An unsere Frauen. Belehrungen und Mahnungen. Herausgegeben von der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Gr. 8°, 20 S., Wien und Leipzig, 1908, Wilhelm Braumüller. Preis 30 Heller.

Nach Art der aufklärenden Schrift über Geschlechtskrankheiten, welche seit einigen Jahren den Wiener Studenten bei ihrer Immatrikulation eingehändigt wird, haben die Wiener Ärzte auch eine für die Frauen bestimmte Belehrungsschrift abgefasst, welche dieselben über die Gefahren des Wochenbettes und speziell über die durch Lues und Tripper herbeigeführte Schädigungen aufklärt. Abgesehen davon, dass eine Besprechung des weichen Schankers fehlt, was doch wohl erwünscht wäre, ist die Broschüre geradezu mustergültig und wäre ihre weiteste Verbreitung auch im Deutschen Reiche höchst willkommen. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Frau. Ein gemeinverständliches Gesundheitsbuch für die moderne Frau. Von Dr. med. Hermann Paul, Arzt in Karlsruhe. 8°. 218 Seiten, dritte vermehrte Auflage Mit 43 Abbildungen. Wien 1908. Wilhelm Braumüller. Broschiert Preis 3 M.

Zwar ist an populären Aufklärungsschriften über die körperlichen und seelischen Vorgänge der Frau in gesunden und kranken Tagen sicherlich kein Mangel vorhanden, ein wirklich gutes Buch derart aber findet immer seinen Leserkreis, dem seine Eigenart entspricht. Und ein gutes Buch ist das vorliegende in der Tat, ein Buch, welches unbedenklich jeder Arzt seiner Klientin, jeder Ehemann seiner Frau in die Hand geben kann und aus welchem diese nur Belehrung und Vorteil schöpfen werden. Weniger allgemeiner Billigung dürfte sich die Exkursion des Verf.'s auf das soziale Gebiet erfreuen. Den freien Liebesbund, das feste Verhältnis, der Prostitution recht nahegestellt, gleich dieser nur mit einem Notstand des weiblichen Teiles zu erklären, erscheint doch etwas einseitig und psychologisch allzu dürftig motiviert. Doch das sind nur Kleinigkeiten, über welche die Meinungen geteilt sein mögen und die ich nur deshalb hier hervorhebe, weil der Verf. sein Buch gerade für die moderne Frau geschrieben haben will. Die moderne Frau aber dürfte just hierüber etwas anders denken.

Druck und Papier sind erstklassig. Bei dem relativ billigen Preis verdient das Buch die beste Empfehlung. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Ärzte und Patienten mit Röntgenstrahlen durchleuchtet.

Von einem praktischen Arzte. Gr. 8°, 288 S. Leipzig 1908, Benno Konegen Verlag. Preis geheftet 5 M., gebunden 6 M.

Die Zeiten sind für immer dahin, welche der Autor herbeisehnt: das patriarchalische Verhältnis zwischen Arzt und Patient — wer kennt es heut noch und wer glaubt an seine Wiederkehr. Dazu sind beide Teile — ja, gestehen wir's nur offen, beide Teile zu

geschäftsmässig geworden, w i r allerdings oft nur der Not gehorchend, nicht dem eigenen Triebe.

Bittere Worte gibt uns der alte Kollege zu hören, bittere Worte, die leider zugleich bittere Wahrheiten sind; aber auch über dem Publikum schwingt er seine Geissel, das glaubt, genug getan zu haben, wenn es den Arzt honoriert (oder oft auch nicht) und keine Spur von Dankbarkeit erkennen lässt. Und seine Hiebe treffen fest und sicher. Mit allem allerdings, was der Kollege vorbringt, können wir uns nicht einverstanden erklären, so, wenn er auf S. 63 behauptet, dass der Arzt, der offen einem Klienten gegenüber seine Unwissenheit bekennt, „weil er in diesem Falle zu wenig Übung oder Erfahrung habe“, sich dadurch keineswegs blossstelle, „im Gegenteil, die Patienten anerkennen seine Gewissenhaftigkeit, seine Pflichttreue dem Kranken gegenüber, sind ihm dafür dankbar und bleiben ihm auch für die Zukunft treu.“

Weit gefehlt, Herr Kollege! Diesen Patienten oder dessen Angehörige sieht ein derartiger Arzt nie wieder; das Durchschnittspublikum steht leider nicht auf der geistigen Höhe, um nicht von der Unwissenheit in diesem einen Falle auf die sonstigen Kenntnisse des Arztes einen Trugschluss zu ziehen.

Möge das Buch seinen Weg in die Häuser recht vieler Kollegen finden: Die älteren meminisse juvabit, sie werden sich gern an ihre Erlebnisse erinnern, die sie sicher und mit kräftigen Strichen drin verzeichnet finden, die jüngeren aber werden für die ars vivendi des Arztes mancherlei dankenswerte Anregung erfahren. —

T a r r a s c h - Charlottenburg.

Auch die Menstruation eine Infektion. Neues Wissen für alle Frauen. Von Friedrich Robert. Gr. 8°, 55 Seiten. Berlin 1908. Modernes Verlagsbureau (Curt W i g a n d). Preis 1 M.

Das Elaboratchen hat kein Anrecht auf eingehende Kritik; die Sache ist zu absurd. — Sommer - Mayen.

Neue Wechselordnung mit dem Gesetz betreffend Erleichterung des Wechselprotestes, gültig ab 1. Oktober 1908, nebst Scheckgesetz, gültig ab 1. April 1908 und Postscheckgesetz, gültig ab 1. Januar 1909. Kl. 8°, 64 Seiten. Verlag: L. S c h w a r z & Co., Berlin S. 14, Dresdenerstr. 80. Preis 1,20 M.

Am 1. Oktober 1908 tritt das neue Gesetz betr. Erleichterung des Wechselprotestes in Kraft. Hierdurch ist die bisherige Wechselordnung sehr wesentlich in vielen Bestimmungen abgeändert worden, welche die grössere Sicherung der Wechselgläubiger, Schonung der Schuldner und Erleichterung des Verkehrs bezwecken. Die Kenntnis der neuen „Wechselordnung“ ist für jeden Kaufmann und Gewerbetreibenden, überhaupt für jeden zum Wechselverkehr in Beziehung Stehenden unentbehrlich, wenn er einerseits von den Neuerungen Nutzen ziehen, andererseits sich vor Schaden bewahren will. Ebenso nötig ist es, über das neue S c h e c k g e s e t z und das ab 1. 1. 09 gültige P o s t s c h e c k g e s e t z, welche gleichfalls in dem

Buche enthalten sind, genau unterrichtet zu sein. Das handliche Taschenformat wird den Absatz begünstigen. —

Innere Krankheiten der Schwangeren und die Indikationen zur Einleitung des Aborts. Von Sanitätsrat Dr. G. K o r a c h, Posen. Leipzig 1908. Benno K o n e g e n Verlag. Preis 0,70 Mk.

Mit Recht betont Verf., dass die Lehre von den inneren Krankheiten, welche durch Schwangerschaft entstehen oder kompliziert werden, ein wichtiges Kapitel in der Pathologie bilden. Der Praktiker kann nicht ohne Kenntnis der einschlägigen Literatur die folgenreiche Entscheidung über Fortdauer oder Unterbrechung der Schwangerschaft treffen. Diese aber ist uns von 3 namhaften Gynäkologen und nur wenigen inneren Klinikern bereichert worden. Das vorliegende Büchlein bringt eine ausgezeichnete Übersicht über alle in Frage kommenden Punkte, welche jedem Arzt wertvolle Aufschlüsse und Anhaltspunkte für sein Handeln geben werden und soll daher auf das wärmste empfohlen werden. — L e v y - Berlin.

Lippspringe und die Heilstätten. Ein neues Programm. Von Dr. med. et phil. W e r n e r, Brunnen- und Badearzt zu Lippspringe. Gr. 8° u. 102 S. Paderborn 1908, Verlag von Ferdinand Schöning. Preis 3 M.

Der Autor dieser hochwichtigen Abhandlung setzt folgendes auseinander. Das Lungenheilstättenwesen hat sich nicht bewährt; schon die erste, nach einer fünfjährigen Kontrollperiode gewonnene Statistik des Reichsversicherungsamts machte „jedem, der überhaupt sehen wollte, klar, dass man den Effekt der Heilstättenbehandlung enorm überschätzt hatte“. Die Dauererfolge „am Schlusse der zweiten Beobachtungsperiode waren noch schlechter als bei der ersten.“ Die letzte Periode (1902—1906) war etwas besser, aber wegen der „besseren Auswahl der Fälle“. Resultat: die Heilstätten haben keineswegs das geleistet, was man in therapeutischer Hinsicht von ihnen erwartet hatte. Man bemäntelt das Fiasko jetzt dadurch, dass man so tut, als ob lediglich die „hygienische Schulung“ der Kranken von Anbeginn der Zweck der Heilstätten gewesen sei, und als ob man eigentliche Heilungen gar nicht von ihnen erwartet habe. Nun hat — zur unangenehmen Überraschung der Anhänger der Heilstätten — eine fünfjährige Dauerstatistik der Landesversicherungsanstalt Westfalen erkennen lassen, dass gute Resultate durch die Trinkkur in Lippspringe in viel kürzerer Zeit erzielt wurden, als durch die Heilstätten! Was in einer Heilstätte in zwei Monaten, wird in Lippspringe in sechs Wochen erreicht. Die Landesversicherung Westfalen hat seitdem die bisherige Kurdauer von mindestens drei Monaten verworfen, mit ausdrücklicher Berufung auf die Lippspringer Kurerfolge! Deshalb sagt Dr. Werner mit Recht, es werde immer ein Ruhmestitel Lippspringes bleiben, dass es die einseitige und kostspielige Schablone der Heilstättenbehandlung

zerbrochen habe. In Lippspringe nützt hauptsächlich die Trinkkur mit der Arminiusquelle, die als Expektorans und als Stomachikum, nicht verkalkend (?) wirkt.

Die Liegekur ist verwerflich; die Annahme einer passiven Hyperämisierung durch das Liegen ist irrtümlich; im Gegenteil, die Lunge wird im Liegen anämischer. Vom Tuberkulin ist gar nichts zu halten, sein Nutzen ist überhaupt nicht erwiesen, dagegen ist eine grössere Anzahl von Fällen bekannt, wo es entschieden geschadet hat. Vor den zahlreichen chemischen Therapeuten, „die ihre lediglich zu Profitzwecken unternommenen, sonst aber ganz unkontrollierbaren Tierexperimente bezw. Versuche am Menschen als unwiderlegliche Ergebnisse der exakten Wissenschaft in den Handel bringen möchten“, warnt W. dringend. Durch diese „nur Exakten“, die nebenbei gewöhnlich ganz ausgezeichnete Geschäftsleute seien, werde die Medizin zu einem blossen Profitmetier herabgedrückt. — Die scharfsinnige Pathologie Werners hier darzulegen, fehlt es an Raum; hierüber gibt die Lektüre des Originals Aufschluss; wir können diese Lektüre jedem Arzte empfehlen.

Eine Fülle feiner Bemerkungen verrät die gründliche, specialistische Erfahrung des Autors. Zum Beispiel: die meisten Tuberkulösen sterben an einer in der linken Herzhälfte beginnenden Herzlähmung, die auf Herzmuskelentartung beruht. — Bei Lungentuberkulösen ist der Blutdruck meist abnorm niedrig, nimmt mit zunehmendem Stadium ab und ist im dritten Stadium ein sicheres Vorzeichen des Todes.

Verdauungsstörungen, als Lähmung der Magendarmmuskulatur zu deuten, gehören mit zum Krankheitsbilde, desgleichen psychische Alterationen. —

W i n c k l e r - B a d N e u n d o r f.



Referate aus ärztlichen Gesellschaften.

Beim XIV. Gesundheitskongress der Provinzen Norditaliens zu Trient sprach Prof. E. Ferroni-Parma, wie wir der *Arte ostetrica*, No. 1 und 2, vom 15. und 31. Januar 1908 entnehmen, über die **Behandlung des Puerperalfiebers**.

Nach kurzem geschichtlichen Rückblick und besonderer Würdigung der Verdienste von Semmelweis berichtet Ferroni über die gegenwärtige Häufigkeit des Puerperalfiebers; dieselbe beträgt $\frac{1}{2} \text{ ‰}$. Ein starker Unterschied in der Häufigkeit aber macht sich noch geltend zwischen den Kliniken und den Privatbehandelten. Die autogene Infektion tritt an Bedeutung ganz zurück gegenüber der heterogenen und zwar ist hier fast stets die Hand der Hebamme oder des Arztes als Überträgerin anzuschuldigen.

Die Verhütung des Puerperalfiebers ist am leichtesten möglich, wenn nur in unbedingt nötigen Fällen vaginal untersucht wird. Auch nach der Entbindung ist peinliche Aseptik nötig. Die ausgebrochene Krankheit muss sofort angezeigt werden. Die Krankenhäuser haben eine bessere Statistik als die Privatärzte, weil die Verhältnisse in der Privatpraxis oft sehr unhygienisch gestaltet sind und weil der Praktiker nicht imstande ist, seine Hände in dem Grade dauernd keimfrei zu halten, wie das der Krankenhausarzt kann.

Der Arzt darf sich nicht mit der allgemeinen Diagnose Puerperalfieber begnügen, sondern muss genau nach dem Orte der Schädigung suchen, muss die äusseren Genitalien, Vagina und Portio dem Auge zugänglich machen und muss in der Gebärmutter nach zurückgebliebenen Eihautresten suchen. Auch der übrige Körper der Kranken bedarf genauer Überwachung. Bei Lokalisation im Genitalkanale sind warme antiseptische Spülungen von grossem Werte. —

Über den Gebrauch von Metarsolo und Metarferro in der geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis, von Dr. J. Carli, Assistent, Genua. —

Carli berichtet über die Behandlung blutarker Kranken mit Dinatriummethylarsenat und Eisenmethylarsenat und rühmt die dadurch veranlasste Verbesserung des Blutbildes. —

K r a u s - Ansbach.

In der Dermatologischen Sektion der deutschen Naturforscherversammlung zu Köln beschrieb am 23. 9. 1908 Dr. med. Strauss-Barmen ein **neues Dosimeter für die Röntgentherapie**.

Das Dosimeter ist ein offenes photographisches. Neben der zu bestrahlenden Stelle werden gelbe, mit Asbest unterlegte Zelluloidküvetten befestigt. Die Befestigung geschieht mit Kartonhaltern, die mit Leukoplast auf die Haut geheftet werden und stets nur einmal gebraucht werden. Die Belichtung des Streifens, der in die mit einer Entwicklerlösung gefüllte Küvette geschoben wird, vollzieht sich unter den Augen des Arztes und unter Wirkung des Röntgenlichtes selbst. Das Reagenzpapier macht eine Farbenskala durch. Hat man die gewünschte Dose erreicht, so zieht man den Streifen aus der Küvette, fixiert ihn und stellt an einer Standartskala die gegebene Dose fest. Die Streifen lassen sich dauernd aufbewahren. Bei diesem Dosimeter entfällt die umständliche Entwicklung in der Dunkelkammer, die beim Kienböck'schen Verfahren nötig ist. Es schaltet die Fehlerquellen dieses Verfahrens aus und gestattet die sofortige objektive Ablesung der gegebenen Dosen. Auch die Tiefendosen können mit Küvetten, die mit einer Aluminiumskala bedeckt sind, sofort abgelesen werden. Der Verfahren ist äusserst einfach und nicht mit nennenswerten Kosten verbunden. Das Instrumentarium wird von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen hergestellt. — A u t o r r e f e r a t.

In der gleichen Sitzung demonstrierte Dr. Strauss-Barmen eine für die Saugbehandlung nach Prof. Bier dienstbar gemachte **Wasserstrahl-Luftpumpe**.

Diese stellt eine einfache und billige, von jedem Arzt auszunutzbare Energiequelle dar. Sie lässt sich ohne jede weitere Vorrichtung an jedem Wasserhahn anbringen. Das Instrument besteht aus einem durch eine Düse verengten Rohr mit seitlichem Ansatz. Verbindet man den seitlichen Ansatz durch einen Gummischlauch mit einer Glasglocke, so kann man mit diesem einfachen Apparat unter Umgehung von Gummibällen und Saugpumpen, die Stauungsbehandlung nach Bier in bequemer Weise ausüben. Der Arzt ist nicht mehr auf den lästigen Handbetrieb angewiesen, sondern er reguliert mit seinem Wasserhahn in exakter Weise den Grad der Luftverdünnung. Die Wirkung lässt sich mit diesem Instrument gleichmässiger und auch kräftiger als mit anderen Pumpen gestalten. Der Apparat kann auch für Ansaugung von Flüssigkeiten aus Körperhöhlen und zur Aufsaugung von Staub in Kranken- und Operationssälen Verwendung finden. — Bezugsquelle: Emil Jansen, Barmen, Wertherstr. —

A u t o r r e f e r a t.

Eine vergleichende Studie über die **Dosierung und Wirkung von Chloralhydrat, Isopral und Bromural** trugen Professor Dr. Sollmann und Professor Dr. Hatcher, Mitglieder des Council on Pharmacy and Chemistry in New York, wie das Gesellschaftsjournal meldet, in der American medical association am 8. August 1908 vor.

S. und H. experimentierten mit Katzen, die Mittel wurden mit der Schlundsonde gegeben. Sie fanden, dass die Wirkung dieser Narkotika in eine beschränkte Anzahl gut definierter Stadien eingeteilt werden kann, aber es lassen sich keine Kriterien finden, durch die es möglich wäre, die einzelnen Grade innerhalb jedes Stadiums zu unterscheiden. Eine recht grosse Reihe von Dosen ruft augenscheinlich die gleiche Wirkung hervor; es zeigen sich ferner bemerkenswerte Unterschiede in der individuellen Reaktion der einzelnen Tiere. Ein Vergleich, der richtige Werte ergibt, kann daher zwischen verschiedenen Hypnotizis nur auf Grund einer Durchschnittszahl vieler Experimente angestellt werden oder dadurch, dass man dieselben Mittel an dem gleichen Tiere prüft. Die Bestimmung einer hypnotischen Minimaldosis für ein Mittel ist unmöglich, wenigstens für Katzen. Die kleinste Dosis, deren Wirkung sich als Kriterium verwenden lässt, ist relativ viel höher, als die Gaben, die therapeutisch für eine Schlafwirkung verwandt werden. Wenn eine entsprechende Dosis für Chloralhydrat mit 100 bezeichnet wird, so ist die für Isopral 60 und für Bromural auch 100. Die Bromuralnarkose ist jedoch weniger tief. Diese Zahlen gelten für alle Dosen, kleine und grosse. Der toxische Quotient der drei Mittel ist ungefähr der gleiche; in der Praxis ist das Chloralhydrat nur halb so gefährlich wie das Isopral, weil sehr hohe Dosen gewöhnlich erbrochen werden und die folgende sehr gefährliche Kachexie weniger hervortritt. Andererseits können relativ kleine Gaben von Chloralhydrat plötzlichen Tod

hervorrufen, besonders bei starker Aufregung. Während Übelkeit und Brechreiz bei allen Dosen von Chloralhydrat und Isopral auftreten, waren sie bei Bromural nie zu sehen. Gerade diese brechen-erregende Wirkung führt nach Ansicht des Verf.'s schon bei kleinen Gaben von Chloralhydrat zu üblen Zufällen. Hohe Dosen von Bromural wirken bei Katzen ebenso wie entsprechende Dosen von Chloralhydrat, sodass es in diesen Gaben nicht als absolut harmlos bezeichnet werden kann; da es jedoch nur für milde Fälle empfohlen wird, so fällt die Versuchung, hohe Dosen zu geben, fort. Reizwirkung auf den Magen übt Bromural nicht aus. Die Atmung wird durch Bromural verlangsamt und vertieft. Die hypnotische und motorische Wirkung von Isopral und Bromural setzt schneller ein und klingt schneller ab, als die von Chloralhydrat, die Differenz wächst weniger stark als der Erhöhung der Dosis entspricht. Die Kachexie nach hohen Dosen ist beim Isopral bedeutend grösser und anhaltender als bei den anderen Mitteln. Wenn die genannten drei Mittel in toxischer, fast tödlicher Dosis gegeben werden, so tritt die Erholung am schnellsten wieder ein bei Bromural, am spätesten beim Isopral. — R.

Dem Berichte über die beim Stiftungsfeste der Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg am 1. Mai 1908 von dem derzeitigen Rektor Professor Dr. Hermann Fehling, ord. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie, gehaltene Rede über **„Wundinfektion und Wundbehandlung im Wandel der Zeiten und Anschauungen“**, welchen die Zeitschrift „Desinfektion“ in Heft II, 1908 (August) bringt, entnehmen wir auszüglich das Nachstehende:

Der Redner betont den Aufschwung, den Chirurgie und Geburtshilfe seit Einführung von Antiseptik und Aseptik genommen haben. In der Geburtshilfe fiel die Mortalität von 10% auf 0,1% und weniger. Als Beispiel aus der Gynäkologie führt er die Resultate Spencer Wells an, der trotz seiner schon früher günstigen Resultate mit der Einführung der Antisepsis bei Ovariotomien ein Fallen der Mortalität von 23 auf 4,4 vom Hundert erreichte. Die Erweiterung des Operationsgebietes in allen chirurgischen Fächern blieb nicht aus.

Diesen Resultaten in den Kliniken stehen die Resultate auf dem Lande nicht gleichwertig zur Seite, wo immer noch die Mortalität an Puerperalfieber 3% beträgt (Sachsen, Baden). Diese Todesfälle werden zum Teil auf die sozialen Verhältnisse der Mütter, die vielfach ärmlichen Verhältnisse zurückgeführt, zum Teil auf die trotz eingehender Schulung des geburtshilflichen Personals noch häufig mangelhafte Desinfektion. Mitverantwortlich für die noch vorhandene Mortalität sei ausserdem die Zunahme der Operationen, die an sich eine Steigerung der Morbidität und Mortalität bedingt, und die Eigenartigkeit der Wundverhältnisse bei geburtshilflichen Operationen. Die grossen Wundhöhlen, die mit der Oberfläche des Körpers in Verbindung stehen, stellen Räume dar, die leicht von der Oberfläche der Haut infiziert werden können. Eine Selbstinfektion mit den

physiologisch vorhandenen Bakterien lehnt F e h l i n g ab, er sah keinen Todesfall, bei dem nicht eine Ausseninfektion angenommen werden müsste.

Zur Bekämpfung des Puerperalfiebers tritt F e h l i n g für eine gründlichere Beschäftigung mit Geburtshilfe auf der Universität ein, zu deren Gunsten die Gynäkologie zurücktreten soll. Ferner für die Erhöhung der Asepsis durch Gummihandschuhe usw. Warm tritt F e h l i n g für den Standpunkt ein, dass gebildete Frauen sich dem Hebammenberuf zuwenden, und für die Gründung von zahlreicheren Gebäranstalten und Wöchnerinnenheimen, die es jeder Frau ermöglichen, in ihren Räumen zur Entbindung Aufnahme zu finden.

Auch so wird infolge der eigenartigen Wundverhältnisse zusammen mit den überall vorhandenen eiter- und fäulnisserregenden Keimen ein Rest von Puerperalfieberfällen bleiben, deren Heilung anzustreben ist. Sehr skeptisch äussert sich F e h l i n g über die bis jetzt im Gebrauch befindlichen Antistreptokokkenserum, er wünscht dagegen den Versuch der aktiven Immunisierung, der bei anderen Erkrankungen ja schon die besten Resultate gezeitigt hat. —

F.



Praktische Mitteilungen und Notizen.

In der Berliner klin. Woch. (22. Juni 1908) behandelt F u s k a i die **Untersuchung und Massage unter Wasser in der Gynäkologie und Geburtshilfe.**

Er betont die ausserordentliche Leichtigkeit der Untersuchung einer Frau im Bade, zumal bei Schwangeren im Beginn der Gravidität. Auch die Lage des Kindes bei vorgerückter Schwangerschaft lässt sich unter Wasser erstaunlich leicht und genau feststellen.

Noch auffallender sind vielleicht die Ergebnisse in der Gynäkologie, was Verf. durch die Anführung diagnostisch schwieriger Fälle dartut.

Auch die Massage unter Wasser erwies sich erfolgreich in Fällen, in denen die gynäkologische Kinesitherapie schlecht vertragen wurde oder unwirksam geblieben war.

Den Schluss des Artikels bilden Aufstellungen über die Indikationen für die Anlage eines solchen Wasserbades zu Untersuchungs- und Behandlungszwecken. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über das neue Digitalispräparat der Firma K n o l l & C i e. in Ludwigshafen a./Rh., **Digipuratum**, wird uns geschrieben:

Digipuratum ist ein gelbliches, geruchloses Pulver von bitterem,

bei den Tabletten durch Geschmackskorrigentien etwas verdecktem Geschmack. Es enthält sämtliche wirksamen Bestandteile der Digitalisblätter und ist durch physiologische Dosierung auf einen bestimmten Wirkungswert eingestellt.

Die Wirkungsstärke wird nach einem Vorschlag von Professor Gottlieb (vergl. Münch. med. Wochenschr. 1908, No. 24) in Froscheinheiten ausgedrückt nach Art der Wertbestimmung des Heilserums. Ähnlich wie man bei Heilserum diejenige Antitoxindosis als „Einheit“ bezeichnet, welche eine bestimmte Menge eines konstanten Testgiftes zu neutralisieren und ein Meerschweinchen von mittlerem Gewicht für eine bestimmte Zeit vor der Giftwirkung zu schützen vermag, so nennt Prof. Gottlieb diejenige kleinste Menge der zu prüfenden Substanz eine Einheit, welche bei einer Temporaria von etwa 30 Gramm Gewicht innerhalb 30 Minuten gerade noch mit Sicherheit den systolischen Herzstillstand herbeiführt.

Digipuratum enthält nach dieser Bewertung in 0,1 Gramm Pulver oder in einer Tablette, 8 Froscheinheiten, welche etwa der Wirkungsstärke von 0,1 Gramm stark wirkenden Fol. digital. entsprechen.

Die wirksamen Substanzen in Digipuratum sind in kaltem Wasser und in verdünnten Säuren unlöslich, dagegen sehr leicht löslich in verdünnten Alkalien. Durch diese Eigenschaften ruft es einerseits keine Magenstörungen hervor, andererseits wird es leicht vom Darm aus resorbiert.

Digitoxin und Digitalin lassen sich mit Hilfe der Kellerschen Probe, vorteilhaft in der Abänderung von Kiliani, wie folgt nachweisen: werden 0,1 Gramm Digipuratum in etwa 3 ccm Eisessig, welcher 1% einer 5%igen Ferrisulfatlösung enthält, angerührt und mit etwa 3 ccm einer Schwefelsäure, welche ebenfalls 1% einer 5%igen Ferrisulfatlösung enthält, unterschichtet, so zeigt sich ein unteres feurigrotes und über diesem ein anfangs hellgrünes, später dunkelgrün-blau werdendes Band. Die Grünblaufärbung zeigt Digitoxin, die Rotfärbung Digitalin an.

Digipuratum wird in den Handel gebracht 1. in Form von Tabletten. Jede Tablette entspricht der Wirkungsstärke von 0,1 g stark wirkender Fol. digital. Je 12 Tabletten in einem Röhrchen reichen für eine Digitaliskur aus.

Dosierung: In der Regel am ersten Tag 4 Tabletten, am zweiten und dritten Tag je 3 Tabletten $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Mahlzeit, am vierten Tag 2 Tabletten. Stellt sich die Wirkung schon am zweiten Tag ein, so genügt am dritten Tag die Gabe von 2 Tabletten; im übrigen je nach Lage des Falles individualisierende Dosierung. 2. In Form von mit Milchzucker auf die Wirkungsstärke eines starken Digitalispulvers eingestellten Pulver. Preis für 1 Originalröhrchen mit 12 Tabletten 1,50 M. —



Feuilleton.

Dystokie durch fortschreitende Verunstaltung des Beckens.

Aus dem Land am steilen Hange.

Von Dr. Dresch*) - Ax-les-Thermes.

Deutsch von Dr. F r e u d e n b e r g.

Die Überschrift dieses Aufsatzes erklärt allein schon das, was ich als ärztlicher Praktiker in einem Berglande zu beobachten Gelegenheit gehabt habe. In den 35 Jahren meiner geburtshilflichen Tätigkeit auf dem Lande bin ich oft genug gezwungen gewesen, die Kephalotripsie bei Frauen auszuführen, die vordem, bis zu 6 oder gar 7 mal, vollständig physiologisch geboren hatten. Mein späteres operatives Eingreifen machte sich notwendig wegen einer mehr oder weniger beträchtlichen Verengerung im Beckeneingang, d. h. eine Verkürzung des geraden Durchmessers, meist in der asymmetrischen Varietät. Ich fragte mich alsdann, wie es denn möglich war, dass diese Frauen natürliche Entbindungen durchmachen konnten, Entbindungen, bei denen weder eine schwere noch selbst eine leichte Zangenapplikation erforderlich war. Nach mehreren Beobachtungen dieser Art an denselben Arten oder an topographisch gleichen Stellen, hatte ich das Gefühl, dass die Frauen, welche später so verunstaltete Becken aufwiesen, mit ebensolchen Becken auch vorher keine normalen Entbindungen hätten durchmachen können. Dass mithin diese Becken früher nicht so verunstaltet gewesen sein können, sondern sich vielmehr erst allmählich infolge der besonderen Verhältnisse, unter denen diese Frauen lebten, missbildet haben möchten. In einer Gegend mit schrägem Boden lebend, an den Hängen sehr steiler Berge, sind sie gezwungen, schwere Lasten bergauf und bergab zu schleppen. Dadurch sind sie zu einer ganz besonderen Haltung genötigt, um mit ihrer Last nicht das Gleichgewicht zu verlieren, indem sie diese bald auf dem Kopf, bald auf den Schultern, bald mit den Armen, bald gegen die Hüften gestemmt tragen. Auf die Länge der Zeit erfährt die Wirbelsäule Verschiebungen, Verdrehungen, Verbiegungen, die sich durch eine Entstellung des Rumpfes, durch eine besondere Einknickung und auch durch eine fortschreitende Verunstaltung des Beckens kundgeben, welche letztere der Geburtshelfer in dem Augenblick erkennt, wo ihn die Sachlage zum chirurgischen Einschreiten zwingt.

Regelmässig waren es Frauen, die einige Jahre hindurch nicht schwanger gewesen waren, bei denen die Vorbildung des Beckens mein Eingreifen nötig machte. Ich muss hinzufügen, dass bei meinen Patientinnen keinerlei Symptome von Osteomalakie vorlagen und

*) Gazette médicale de Paris, 15. August, 1907, pag. 3.

dass die Köpfe der Kinder, welche ich zu extrahieren gezwungen waren, einen ganz normalen Umfang hatten. Meist war auch die Einstellung des kindlichen Kopfes dabei eine gleichmassen normale; aber ich muss eingestehen, dass ziemlich häufig eine Stirnlage vorkam, wodurch die Schwierigkeit vermehrt oder gar an und für sich ein Eingriff erforderlich wurde.

Schon seit längerer Zeit habe ich über diese Eigentümlichkeit der geburtshilflichen Praxis in einem Gebirgslande mit den Vertretern des geburtshilflichen Disziplin gesprochen. Einige fanden die Tatsachen interessant, andere erklärten, dass eine derartige Deformation des Beckens bei erwachsenen Frauen ganz und gar unmöglich sei. Ich teile hier einfach das Resultat einer Praxis mit, die schon lange währt, ein Resultat, welches sich unter den von mir geschilderten Umständen regelmässig einstellt und das ich andererseits in unseren Tälern niemals beobachtet habe. —

Literatur.

Archiv f. Gynäkologie, 85. Bd. 3. H. 10,00; 86 Bd. 1. H. 9,00. Berlin 08, Hirschwald. 19,00

Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, 13 Bd., 2. H. Leipzig 08. Gg. Thieme. 8,00

Bley, Jos., Beitr. z. Lehre d. Retroflexio uteri gravidarum. Diss. Giessen 08.

Bloch, H., z. Kasuistik d. Entwicklungsfehler d. weibl. Genitalien. Diss. Strassburg 07.

Bollert, Hans, über vaginale Ovariotomie. Diss. Leipzig 08.

Brossok, Gg., Beitrag z. Lehre v. d. Hebestomie. Diss. Breslau 08.

Brügelmann, Max, ü. Schwangersch., Geburt und Wochenbett jugendl. Erstgebärender. Diss. Bonn 08.

Bumm, Geh.-Med.-R. Prof. Dir. Dr. E., Grundriss z. Studium d. Geburtshilfe, in 28 Vorlesgn. u. 590 bildl. Darstellgn. 5. verb. Aufl. Wiesbaden 08, J. F. Bergmann.

geb. i. Leinw. 15 00.

Dudley, E. C., M. D., the principles and practice of gynecology, for students and practitioners. 5th. ed. rev. 431 il., 20 col. pls. Philadelphia (8, Lea & Febiger.

6 doll 50 c.

Gallmann, Eugen, d. Indikationen z. vaginalen Kaiserschnitt. Diss. Freiburg 08.

Hauer, Hans, e. Fall v. Sturzgeburt und seine forensische Bedeutg. Diss. München 08.

Heid, G., Gebärmutterkrebs u. Schwangerschaft. Diss. Strassburg 07.

Kapischke, Paul, d. Geburten b. eng. Becken in den Jahren 1901/03. Diss. Breslau 08.

Kohn, Stefan, d. Geburten b. engem Becken in den Jahren 1903/4—1907/8. Diss. Breslau 08.

Mayer, Aug., d. beckenweiternden Operationen. Diss. Tübingen 08.

Ott, Herm., experiment. Untersuchgn. ü. d. Ursachen der Häufigkeit der Schädel-lagen. Diss. München 08.

Pfannenstiel, J., d. Erkrkn. d. Eierstockes u. d. Nebeneierstockes, unter Mitw. v. Prof. Dr. P. Kraemer, m. 185 Abb. Text u. auf 10 Taf. (Handbuch d. Gynäkologie, hrsg. v. J. Veit, 2. völlig umgearb. Aufl. IV. Bd. 1. Hälfte. Wiesbaden 08, J. F. Bergmann. 16 60; geb. 19,00

Schwarzweiler, Konrad, Statistik u. Wochenbettfieber in der Universitätsfrauenklinik zu Heidelberg im Zeitraume von Januar 1903 bis März 1907. Diss. Heidelberg 08.

Stieda, Christian, über eine ausgetragene Tubargravidität. Diss. Leipzig 08.

Thomas, Erwin, über erworben. Hamatometra. Diss. München 07.

Winckel, Prof. Dr. F. v., Frauenleben u. -Leiden am Äquator u. auf d. Polareise. (Sammlg. klin. Vorträge, begr. v. R. v. Volkmann, NF., hrsg. v. C. Hildebrandt, Fr. Müller u. Frz. v. Winckel. No. 481.) Leipzig 08, J. A. Barth.

Wrazidlo, Br., Sektio caesarea in moribunda. Diss. Leipzig 08.

Zeitschrift f. Geburtshilfe, 62. Bd. 2. Heft. Stuttgart 08. Enke. 17,00

Verlag von Benno Konegen. Leipzig. — Druck von Julius Beltz. Hoflieferant. Langensalza.

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Aerzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg, Frauenarzt in Dresden.

Erscheint am dritten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 18 Mk. direkt unter Kreuzband 18 Mk 80 Pf., für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 20 Mk. für's Ausland einzelne Hefte 2 Mk. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

Heft 12 (276).

Leipzig, 18. Dezember 1908.

XXIII. Jahrg.

Inhalt: Originalien: **Freudenberg**, Die Behandlung der Retroversion des graviden Uterus. 530. — **Balassa**, Zur Behandlung der Obstipation. 531. — **Freudenberg**, Unvermeidlicher Abort und seine Behandlung. 533. — Referate über Frauenheilkunde: **Kulliga**, Sirenenmissbildung. 535. — **Novak**, The significance of pain in pelvic disease. 536. — **Papanicol**, Spontanruptur. 536. — **Beuttner**, Der nicht schwangere Uterus. 537. — **Athanasescu**, In den Bauchraum gerissene Salpingitiden. 537. — **Oastler**, Puerperal infections. 538. — **Hyde**, Akute nonpuerperal pelvic infektion. 538. — **Boldt**, Non puerperal pelvis infektions. 538. — **Fromme**, Unterscheidung der hämolytischen virulenten von den hämolytischen nicht virulenten Streptokokken. 539. — **Cohoe**, The placental transmission. 539. — **Hammond**, Beckenabszesse. 539. — **Powell**, Euresol. 540. — **Peter-son**, Preservation of the ovaries entire. 541. — **Pankow**, Keimplantationen der Ovarien. 541. — **Balloch**, The use and abuse of salt solution. 542. — **Abbe**, Chloroform versus ether. 542. — **Porter**, a-Monobromisovalerianylharnstoff. 542. — **Zingher**, Eubornyl. 543. — **Nagel**, Antigonorrhoeikum Arhovin. 543. — **Pirkner**, Reizzustände in der Blase. 543. — **Galatz**, Wie behandeln wir heute die Syphilis? 544. — **Zippert**, Mergal. 545. — **David**, Lendoskopie uterine. 545. — **Kubo**, Menorrhagia and Metrorrhagia. 546. — **Gottlieb**, Uterusblutungen. 546. — **Fusco**, Die Wirksamkeit des Stypticins. 547. — Beckenhämatokele. 548. — **Ziegenspeck**, Retroflexio uteri puerperalis. 548. — **Simons**, Der „schneckenförmige“ Uterus. 549. — **English**, Brustkrebsoperation. 549. — **Schlaepfer**, Funktionsprüfung des Magens. 550. — **Nacke**, Menstruatio praecox. 550. — **Frommer**, Transplantation des Scheidenepithels. 551. — Referate über Geburts- und Säuglingspflege: **Raineri**, Statistisch-sanitäre Notizen. 551. — **Gentile**, Anomalie der Schamlippen. 552. — **Decio**, Kostenlose Geburtshilfe zu Mailand. 552. — **Mangiagalli**, Geburtshilflichen Operationskurs. 552. — **Hammerschlag**, Hydrokephalus. 553. — **Neu**, Gehstörungen nach Hebosteotomie. 553. — **Pomeroy**, Report of a case. 554. — **Lean**, Temporary or apparent. 554. — **Voorhees**, Disproportion between the fetal heat. 554. — **Vineberg**, Ectopic pregnancy. 555. — Infektion der oberen Harnwege. 555. — **Nicholson**, Extrauterine pregnancy at term. 556. — **Vineberg**, Pyelitis in pregnancy. 556. — **Holden**, Extrauterine pregnancy. 557. — **Jaks**, Erleichterung der Geburten. 557. — **Gans**, Zangenoperation. 557. — **Garbelli**, Unterbrechung der Schwangerschaft. 557. — **Zamorani**, Rezidivierende Graviditätsalbuminurie. 557. — **Ferri**, Kystische Ovarialtumoren. 558. — **Gentile**, Kaiserschnitt. 558. — **Eisenstein**, Uterusruptur. 558. — **Caminiti**, Gesichtslage. 559. — **Tautz-scher**, Gravidität. 559. — Puerperalfieber. 559. — **Cohn**, Kollargol. 560. — **Müller**, Puerperalfieber. 561. — **Leopold**, Akute Peritonitis. 561. — **Nacke**, Thrombose und Embolie. 561. — **Härle**, Amylenhydrat. 562. — **Schikele**, Blutungen. 562. — **Zickel**, Nachblutungen. 563. — **Schroeder**, Vagino-fixationsgeburt. 563. — **Nagel**, Stillpraxis. 563. — **Barbier**, Note sur les variations de composition des laits de femme. 564. — **Pfaundler**, Hämolytisches Komplement in der Frauenmilch. 565. — **Leuk**, Stillfähigkeit. 565. — **Esch**, Kernikterus der Neugeborenen. 565. — **Huber**, Specimens and photograph of resected ribs. 566. — Rezensionen: **Stapfer**, Consultation sur la grossesse. 566. — **Altschul**, Lehrbuch der Körper- und Gesundheitslehre. 566. — **Bandelier**, Lehrbuch der spezifischen Diagnostik. 567. — Referate aus ärztlichen Gesellschaften. 568. — Praktische Mitteilungen und Notizen. 573. — Feuilleton: 574. — Berichtigung. 576 — Literatur. 576.

Die Behandlung der Retroversion des graviden Uterus.

Nach dem Englischen des „Hospitals“ (4. Januar 1908, pag. 367).

Deutsch von Dr. Freudenberg-Dresden.

Die erste Aufgabe besteht selbstredend darin, die Harnblase zu entleeren. Die gewissenhafteste Reinlichkeit und die Einführung eines aseptisch gemachten Katheters ist hierbei Vorbedingung, um jede Infektionsunmöglichkeit abzuschneiden. Es darf nicht vergessen werden, dass eine überausgedehnte Blase weit mehr zum Infiziertwerden geneigt ist, als ein normales Organ.

Es ist häufig nötig, den Katheter weiter vorzuschieben, als man dies gewöhnlich zu tun braucht, weil in derartigen Fällen der Blasenhalshals über die Zervix und Scheide hinaufgeschoben und durch diese beide vollständig komprimiert sein kann. Dabei kann der Grad der Kompression aber ein ganz geringer sein, und es erscheint bei solchen Vorkommnissen bisweilen so, als ob eine gewisse Beteiligung des nervösen Mechanismus hier eine grössere Rolle spiele als die mechanische Behinderung. Im übrigen können ausserordentlich grosse Quantitäten von Urin in der Blase zurückbehalten werden, und hat man in einzelnen Fällen selbst Mengen von mehr als 1800 Gramm beobachtet.

Nach Entleerung der Blase wirft sich die Frage auf: Was soll nun mit der Gebärmutter geschehen?

Das Idealverfahren besteht in der sofortigen manuellen Zurückbringung derselben, indem man auf den Fundus uteri vom Douglas oder dem Mastdarm aus einen Druck ausübt, wobei die Knieellenbogenlage den Handgriff in der wirksamsten Weise unterstützt. Lässt sich dies, ohne der Frau grosse Schmerzen zu verursachen, bewerkstelligen, so kann man später den Uterus durch das Einlegen eines Pessars sehr leicht in der richtigen Lage halten, so dass kein weiterer Unfall mehr zu befürchten steht. Indes lässt sich diese Aufrichtung der Gebärmutter nicht immer in einer Sitzung bewirken, und alsdann stehen uns mehrere Wege offen.

Nach Prof. Hermann richtet sich der Uterus, wenn die Patientin die Bettlage innehält und die Harnblase entleert wird, immer von selber auf. Im Krankenhaus ist diese Methode sehr wirkungsvoll und auch im Privathause kann sie mit dem gleichen Erfolge durchgeführt werden, wenn eine Katheterisierung mindestens alle 8 Stunden durchführbar ist. Nach Sinklair richtet sich der Uterus spontan auf, wenn nach völliger Entleerung der Blase ein weites ringförmiges Pessar in die Scheide eingelegt wird und die Patientin in Seitenlage zu Bett bleibt.

Bisweilen jedoch macht sich eine Narkose notwendig, wenn die vorgenannten, einfacheren Methoden nicht zum gewünschten Ziele führen. Es muss hier allerdings bemerkt werden, dass dies höchst selten der Fall ist. Ausnahmsweise kommt es auch wohl vor, dass der Uterus hinten durch entzündliche Adhäsionen fixiert ist und nun durch eintretende Schwangerschaft und konsekutive Vergrösserung Urinretention herbeiführt. In einem solchen Falle ist es unmöglich,

die Gebärmutter zu redressieren, und es wird dies auch selbst dann nicht gelingen, wenn man die Blase zuvor entleert. Die einzige Behandlungsweise, welche alsdann möglich erscheint, besteht in der Öffnung der Bauchhöhle, in der Lostrennung der Adhäsionen und der Emporwälzung des Uterus aus dem kleinen Becken. Die Diagnose dieser Komplikation ist eine recht schwierige, aber die Schwere der sich dabei einstellenden Symptome macht es aus anderen Gründen wahrscheinlich, dass wir bei einer solchen Sachlage auf die Laparotomie zukommen. —

* * *

Den obigen Ausführungen pflichtet der Übersetzer vollkommen bei: Bei der Ungefährlichkeit der Laparotomie unter den modernen Vorsichtsmassregeln scheint ihm bei Eintritt von Gravidität im retrovertierten Uterus keine Indikation für die Einleitung des künstlichen Abortes unter den genannten Umständen gegeben. Im Gegenteil, die Gefahren, mit denen eine Aborteinleitung bei retrovertiertem und fixiertem Uterus vorhanden ist, sind durchaus nicht gering anzuschlagen. —



Zur Behandlung der Obstipation.

Von Dr. Theodor Balassa, poliklin. Assistent, Budapest.

Nothnagel unterscheidet vom ätiologischen Standpunkt drei Gruppen der Obstipation: 1. solche, in welchen die Stuhlträchtigkeit noch von physiologischen Faktoren abhängig ist; 2. eine Gruppe, in welcher sie als Folgezustand bestimmter pathologischer Verhältnisse anderen Symptomen als mehr oder minder wichtige Erscheinung koordiniert ist; 3. eine Gruppe, in welcher die Obstipation das Wesentliche im Krankheitsbilde ausmacht. (habituelle Obstipation).

Vom klinischen Standpunkt unterscheidet man: a) die atonische Obstipation als Folge einer Schwäche der Muskulatur; b) die spastische Form, die Folge einer Zurückhaltung der Kotmassen durch kontrahierte Darmschlingen; c) die fragmentäre Stuhlentleerung (Boas), bei welcher es trotz wiederholten Defäkationsdranges nicht zu vollständiger Entleerung kommt.

Es ist gewiss keine leichte Aufgabe, jede Obstipation in die eine oder andere der genannten Gruppen einzureihen und eine entsprechende Therapie einzuleiten. Prof. Dr. Ad. Schmidt hat in Halle in einem auf der Naturforscherversammlung in Meran gehaltenen Vortrag (erschieden in der „Münchener med. Wochenschr.“ 1905 Nr. 41) darauf hingewiesen, dass die von den meisten Autoren gewohnte Annahme, die habituelle Obstipation beruhe auf einer primären Schädigung der motorischen Apparate des Herzens und Muskeln des Dickdarms, für viele Fälle, insbesondere solche der

atonischen Form, nicht zutrifft, zum mindesten einer Ergänzung bedarf, dahingehend, dass bei der habituellen Obstipation die Nahrung im Vergleich mit der normalen Verdauung zu gut ausgenutzt wird, so dass zu wenig und zu harter Kot gebildet wird. Schmidt betrachtet diese Störung der Verdauung als das primäre und die mangelhafte motorische Arbeit des Dickdarmes als das sekundäre Moment: weil so wenig unausgenutzte Nahrungsreste übrig bleiben, entwickeln sich auch weniger Bakterien und es werden nicht genug Zersetzungsprodukte (flüchtige und höhere Fettsäuren, Gase etc.) gebildet, um den Dickdarm zur Peristaltik anzuregen. Diese Art der habituellen Obstipation kann man einreihen in die von Nothnagel aufgestellte Gruppe der innerhalb physiologischer Grenzen bestehenden Stuhlträgheit oder in die fragmentäre Form von Boas.

Mag man die habituelle Obstipation in diese oder jene Gruppen unter abteilen, mag man ein eingehendes diätetisches Verhalten oder die hygienischen physikalischen Verfahrensweisen in erster Linie bei der Behandlung der Obstipation in Rücksicht ziehen, immerhin werden wir der Beihilfe der medikamentösen Therapie in vielen Fällen nicht entbehren können, um gute Erfolge bei einer Behandlung zu erreichen. Ein neues Abführmittel, das allen diesen Anforderungen entspricht, ist das von den Purgamenta-Werken (Alexander Kalmár, Budapest) auf den Markt gebrachte Purgamenta. Dasselbe erreicht jene Voraussetzungen, indem es eine prompt abführende Wirkung ausübt. Hervorgehoben wird von allen Ärzten, die das Mittel erprobt haben, dass es keinen diarrhöischen Stuhl hervorruft, keinen fremdartigen Einfluss auf den Darm oder sonstige unangenehme Nebenwirkungen hat und dass man durch seine Anwendung eine schmerzlose breiige Entleerung erzielt. Bekanntlich äussern viele der gangbaren Abführmittel recht unangenehme Nebenwirkungen, indem, abgesehen von unangenehmer Form und Geschmack, neben Übelkeit, Beeinträchtigung des Appetits, Verdauungsstörungen auftreten, bedingt durch die besondere Art ihrer Wirkung. Werden die abgesonderten Verdauungssäfte zu rasch oder zu reichlich aus dem Körper entfernt, so bildet sich infolge der mangelhaften Verdauung leicht eine schwere Beeinträchtigung der Ernährung aus. Oder entstehende Kolikschmerzen kontraindizieren den allgemeinen Gebrauch. Alle diese Erschwernisse kommen bei Purgamenta in Wegfall. Neben dem kommt auch die Promptheit in Betracht, indem die Entleerung stets einige Stunden nach dem Einnehmen des Mittels erfolgt. Ferner besteht ein Vorzug des Mittels darin, dass es von angenehmem Geschmack und in flüssiger Form gereicht wird, infolge dessen von jedermann leicht genommen werden kann. Die flüssige Form sichert zugleich eine promptere Wirkung als bei Pillen, Tabletten, Abführmitteln in festerer Form.

Purgamenta basiert auf seinem Gehalt an Phenolphthalein. Ausser diesem ist nach der von Dr. Aufrecht vorgenommenen Analyse darin noch enthalten: Zucker (Rohrzucker und Maltose), Alkohol,

Wasser und Fenchelöl. Auch die Untersuchung des Mittels durch den Handelsgerichts-Chemiker Dr. Neumann hat ergeben, dass metallische Gifte oder drastische Stoffe darin nicht enthalten sind. Purgamenta kann als ein Abführmittel idealen Ursprungs und einzigartiger Wirkung gelten. Erwachsene nehmen täglich ein- bis zweimal ein Likörgläschen nüchtern, vor oder nach der Mahlzeit. Kindern reicht man ein- bis zweimal täglich je ein halbes Likörgläschen mit Wasser verdünnt.



Unvermeidlicher Abort und seine Behandlung.

Nach dem Englischen des „Hospital“ (1. August 1908, pag. 473).

Deutsch von Dr. Freudenberg-Dresden.

Die Behandlung des unvermeidlichen Aborts stösst oftmals in der Privatpraxis auf erhebliche Schwierigkeiten. Der beste Beweis hierfür ist der hohe Prozentsatz der sich daran anschliessenden Erkrankungen. Ein sehr beträchtlicher Anteil der an chronischen Beckenbeschwerden leidenden Patientinnen führt diese Störungen auf einen Abort zurück, meist mit anhaltenden Blutungen, offenbar die Folge einer unvollkommenen Rückbildung der Gebärmutter. Die Übung, den unvermeidlichen Abort mit Ergotin zu behandeln, ist für viele der einschlägigen Fälle zu verwerfen. Die Wirkung dieses Mittels besteht in einer abnormen Form von Kontraktion des Uterus und einer fast stets unvollständigen Entleerung desselben. Eiteile, welche sich gelöst und eben von der Gebärmutterwand freigemacht haben, werden nicht immer ausgetrieben, wenn man Ergotin gibt; sie können im Gegenteil durch die Organisation von fibrinösen Exsudaten oder Blutgerinnseln wieder adhärent werden. Die Konsequenzen hiervon sind Subinvolution, eine weiche ödematöse Beschaffenheit der Uterusmuskulatur, die Lageveränderungen und Flexionen des Organs begünstigt, sowie eine langanhaltende Kongestion der Gebärmutter. Wird ein derartig modifiziertes Organ infiziert, selbst von Organismen mildester Virulenz, so ist die Grundlage zu einer chronischen hypertrophierenden Endometritis mit Sicherheit gegeben.

Einen Abortus nennt man unvermeidlich, wenn die Gebärmutterzusammenziehungen so weit Erfolg gehabt haben, dass der Zervikalkanal hinreichend geöffnet ist, um das in utero befindliche Ei durch den inneren Muttermund hindurch für den Finger fühlbar werden zu lassen. So lange dagegen das Os internum noch geschlossen ist, besteht eine gewisse Hoffnung, dass die Anheftungen des Eies noch nicht so vollständig abgelöst sind, dass der Tod des Embryo eintreten müsste. Sind aber der Kanal und der innere Muttermund geöffnet und ein Teil des Inhaltes nach aussen vorgedrängt, so muss es als Regel gelten, keine Zeit mit Abwarten mehr zu verlieren. Es ist vielmehr alsdann unsere Pflicht, so rasch und so vorsichtig

wie möglich den Uterus zu entleeren. Von inneren Mitteln dürfen wir hierbei keinen Erfolg erwarten und in manchen Fällen erscheint die Gebärmutter ohne örtliche Mithilfe ausserstande, ihr Kontentum auszustossen. Für die Praxis empfehlen sich zwei einfache Methoden, die beide gut sind, wenn sie korrekt ausgeführt werden. Die erste ist die Ausstopfung der Scheide und des Zervikalkanals, die angewandt werden kann, wenn die Kontraktion und Retraktion des Uterus eine normale ist. Der zweite besteht in der manuellen oder instrumentellen Entfernung des Ovum mit oder ohne allgemeine Anästhesie. Das erstere Verfahren ist dasjenige, welches sich in der gewöhnlichen Praxis am leichtesten vornehmen lässt, da es oft nicht angeht, einen operativen Eingriff auszuführen oder eine Narkose einzuleiten. Wird die Tamponade sachgemäss bewerkstelligt, so ist die Folge davon fast stets die komplette Ausstossung des Eies binnen einiger Stunden. Dieselbe muss jedoch eine ausgiebige sein und bedarf der allerstrengsten antiseptischen Kautelen. Es wird häufig die Behauptung aufgestellt, dass eine exakte antiseptische Technik in einem armen Privathause undurchführbar sei, mit Rücksicht auf die unhygienische Umgebung. Dies ist durchaus falsch und man kann sich leicht durch einiges Nachdenken selber vom Gegenteil überzeugen. Um eine antiseptische Ausstopfung vorzunehmen ist seitens der Patientin nichts weiter erforderlich als die Beschaffung von abgekochtem Wasser (und die „reinen“ Geschirre? — Anm. des Übersetzers), alles andere bringt der Geburtshelfer selbst mit und es bedarf nur einer ganz kurzen Zeit zu dessen Vorbereitung. Erforderlich sind nur ein Sims'sches Spekulum, eine Hakenzange, ein paar Schwammhalter, ein Uterusstäbchen und eine lange Zange zum Einschieben des Materials, 3 Ellen Jodoformgaze, sterilisierte Watte in aseptischer Verpackung, ein Paar Gummihandschuhe, eine durch Abkochung sterilisierte Nagelbürste und etwas Seifenäther. Die Instrumente, Handschuhe und Nagelbürste müssen zu Hause abgekocht, in eine desinfizierende Lösung eingetaucht und dann in eine Tasche von Mackintosh gelegt sein. Auch die Gaze sollte man in eine Lysollösung tauchen, da sie im trockenen Zustand nicht immer steril ist. Diese Materialien kann man auf der Innenseite der mitgebrachten aseptischen Tasche ausbreiten und für den sofortigen Gebrauch zurechtlegen. Vor der Ausstopfung muss die Vagina natürlich rein gemacht werden; dies geschieht am besten mit Seifenäther und herzhaftem Ausscheuern der gesamten Wandung mittels Wattebäuschen. Den Schluss bildet eine Auswischung mit einer 1prozentigen Lysollösung. Geschieht dies alles mit Vorsicht, so wird dabei die Patientin nicht maltrahiert. Keine Ausspülung kann die Scheide so desinfizieren, wie solch eine gründliche Auswischung. Dann nimmt der Operateur die vorher gekochten Handschuhe, führt das Spekulum in die Vagina ein, fasst die vordere Lippe mit der Hakenzange, führt die Gaze in den Zervikalkanal und den unteren Abschnitt des Uterus, soweit möglich, ein, und füllt zum Schlusse die Scheide systematisch mit Gaze aus, alles mit einem langen Streifen. Diese Tamponade kann 12 Stunden lang in situ bleiben; fast regelmässig wird alsdann das Ei in toto ausgestossen

in der Scheide gefunden, und der Uterus ist nach Entfernung desselben völlig leer. Es ist kaum nötig zu sagen, dass die Hände bei der Wegnahme der Tamponade gewissenhaft gereinigt und am besten gleichfalls wieder mit Gummihandschuhen bedeckt werden müssen.

Sollte diese Methode versagen oder die sofortige Entleerung des Uterus beschlossen werden, so mag das zweite Verfahren zur Anwendung gelangen. Dieselbe Reinigung und Benutzung der Gummihandschuhe ist dabei erforderlich, meist auch die Narkose. Lässt das Os internum den Finger durch, so kann man mit diesem das Ei allseitig ablösen und alsdann den Uterus bimanuell ausdrücken. Besteht ein Zweifel, ob auch alle Eireste wirklich entfernt sind, so kann man die Ausräumung des nunmehr zum Teil zusammengezogenen Uterus durch ein Kürettement vervollständigen. Allerdings wird durch dieses der instrumentelle Apparat vergrößert und die Gefahr der Operation erhöht. Die eigentliche Gefahr der Kürette liegt in ihrer Anwendung während des ganz unkontrahierten Zustandes des Uterus. Hat sich die Gebärmutter aber zum Teil zusammengezogen, so kann die Kürette ohne grosse Gefahr angewendet werden. Nichts zwingt uns zur Einführung derselben, so lange der Uterus schlecht kontrahiert ist und bleibt. Alsdann ist es klüger, das ganze Uteruskavum für 24 Stunden fest mit Jodoformgaze ausstopfen.

In dieser Weise lässt sich mit vollkommener antiseptischer Technik ebenso leicht und sicher im ärmsten Hause wie im bestausgestatteten Sanatorium operieren. Das Bedürfnis einer Narkose richtet sich ganz nach dem Temperament der Patientin. Die bei der Behandlung gesetzten Schmerzen sind nicht erheblich; jedenfalls aber muss jemand da sein, der dafür sorgt, dass sich die Kranke stillhält. Der Gebrauch der Kürette nur im Sinne des Tuschierens bedeutet ein grosses Risiko zu perforieren und Sepsis hervorzurufen. —



Referate über Frauenheilkunde.

Über Sirenenmissbildung und ihre Genese. Von Kuliga-Heidelberg. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVII, Heft 4.

Verfasser gibt zuerst die genaue Beschreibung eines Falles von Sirenenbildung, die im Heidelberger pathologischen Institut zur Sektion kam. Der Befund hierbei war folgender: Die Anal- und Urogenitalöffnungen fehlen, ebenso die Raphe perinei. Anstatt der äusseren Genitalien findet sich nur ein gebogener, von Haut überzogener Zapfen. Die dem weiblichen Typus angehörenden inneren Genitalien sind doppelt und dabei rudimentär entwickelt. Sie sitzen seitlich an einem grossen Sack, der wohl als Kloake zu deuten ist, da in ihm auch der Dickdarm und der linke Ureter münden. Die

linke Niere ist hypoplastisch, ihr Becken und Ureter dilatiert. Die rechte Niere und der rechte Ureter fehlen ganz, ebenso die Urethra. Urachusreste sind nicht vorhanden. Rectum und Processus vermiformis fehlen. Jejunum, Ileum und Colon ascendens und der rechte Teil des Colon transversum besitzen ein Mesenterium commune. Von Gefässanomalien sind bemerkenswert: Ersatz der fehlenden Art. umbilicales durch die persistierende Art. omphalomesenterica, Ursprung der Art. spermatica aus den Art. suprarenales, Fehlen der rechten Nierenarterie. Am Skelettsystem findet sich eine geringe Kyphoskoliose, Unregelmässigkeiten in der Form und Zahl der Lenden- und Kreuzbeinwirbel und Defekt der Steissbeinwirbel. Ilei zeigen Abnormitäten ihrer Form, Lage und Verbindung mit der Wirbelsäule. Die Ossa ischii und die Ram. desc. oss. pub. sind bis zur Berührung genähert und bindegewebig verwachsen. — Hierauf bespricht Verf. die in der Literatur niedergelegten einschlägigen Fälle und erörtert dann kritisch die Genese dieser Missbildung. Als Zeit der Anlage der Missbildung glaubt er die dritte Entwicklungswoche ansprechen zu müssen. Nach seiner Ansicht sind die Sirenen ätiologisch auf Schädigungen zurückzuführen, die auf mechanischem Wege einwirken. Welcher Art diese mechanischen Einwirkungen sind, lässt sich zurzeit noch nicht entscheiden. Den Schluss des Aufsatzes bildet eine Wiedergabe der bisherigen Fälle aus der Literatur.

W e i s s w a n g e - Dresden.

The significance of pain in pevic disease. Von E. N o v a k ,
The amer. journ. of obstetr. April 1908.

N o v a k ist der Ansicht, dass bei Erkrankungen der Genitalorgane solche des Uterus weniger zu Schmerzen Veranlassung geben, als die der Tuben und Ovarien. Neben einer genauen Untersuchung der erkrankten Teile ist auch auf das Vorhandensein der Schmerzen ein gewisses Gewicht zu legen. Die Ursache der Schmerzen, die von den Organen des kleinen Beckens ausgehen, sind im wesentlichen dieselben, die auch bei den Schmerzen von den anderen Organen der Bauchhöhle in Betracht kommen. Nicht zu verwechseln sind sie mit Schmerzen, die durch eine allgemeine Neurasthenie bedingt sind. Auch hysterische Erscheinungen dürfen nicht damit verwechselt werden. Normale Ovarien als Quelle von Schmerzen im kleinen Becken zu betrachten, und deshalb zu entfernen, ist nicht angängig. Dagegen kann die sog. fibro-cystische Degeneration der Ovarien gelegentlich Veranlassung zu operativem Eingreifen geben, jedoch ist dabei ein konservatives Vorgehen dem radikalen vorzuziehen. Der Arzt muss jederzeit daran denken, dass die Ursache der Schmerzen sowohl in einer Erkrankung, als auch in der Kranken selbst liegen kann, und dementsprechend sein Handeln gestalten.

B u r c k h a r d - Würzburg.

Die Spontanruptur der Ovarialkysten. Von Dr. P a p a n i c o l - Galatz. Revista de chirurgie, Juli 1908.

Unter spontanen Rissen von Ovarialkysten wären nur solche zu rechnen, die ohne jedwede traumatische Einwirkung zustande

kommen. Solche sind aber sehr selten. Fast immer war ein, wenn auch in gewissen Fällen sehr leichtes Trauma vorausgegangen. So hatte in einem Falle des Verfassers die Einwirkung eines leichten Abführmittels (zwei Esslöffel Rizinusöl) den Riss der Kyste herbeigeführt. Selbstverständlich kann eine Kyste nicht leicht reissen, falls dieselbe nicht gewisse Eigentümlichkeiten und Veränderungen darbietet. Die Stieldrehung, gefolgt von erhöhtem inneren Druck ist eine dieser Ursachen. Die teilweise Verdünnung der Wand durch allzu rasches Wachstum oder Veränderungen derselben durch Neoplasmen, die Schwangerschaft u. a. spielen ebenfalls eine wichtige ätiologische Rolle. Meist ergiesst sich der Kysteninhalt in den freien Bauchraum, doch sind auch Fälle vorgekommen, wo dies in den Darm, die Blase und selbst nach aussen hin stattgefunden hat. Im allgemeinen ist die Prognose eine gute, doch muss der chirurgische Eingriff möglichst rasch auf das Platzen der Kyste folgen, da Spontanheilungen, obzwar nicht unmöglich, doch zu den grossen Seltenheiten gehören. — E. T.-B.

Der nicht schwangere Uterus kann selbst auf Reize hin, die ihn nicht direkt zu treffen brauchen, sein Volumen wesentlich verändern. Von Prof. Dr. Oskar Beuttner-Genf. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 32, 8. August 1908, pag. 1056.

Nachdem Verf. bereits im Jahre 1897 in der Nr. 42 ders. Zeitschrift über eine ähnliche Beobachtung berichtet hatte, ist er jetzt nach bald 11jähriger Wartezeit in der Lage, auf das bestimmteste behaupten zu dürfen, dass ein „eigentümliches Verhalten des Uterus auf gewisse Reize, welche dieses Organ direkt oder indirekt treffen“, besteht, und dass man in Zukunft nicht mehr berechtigt ist, nur von Uterusperforationen und Tubensondierungen zu sprechen. Als Verf. eine Frau wegen doppelseitiger Adnexerkrankung operieren wollte, untersuchte er sie seiner Gewohnheit gemäss zuvor nochmals in Chloroformnarkose. Dabei erwies sich aber der Uterus als klein und hart. Kurz danach ging etwas Blut ab. Bei der Operation ergab sich die Gebärmutter als blaurot verfärbt und an Grösse dem 2.—3. Schwangerschaftsmonat entsprechend. Vor den Augen der Beschauer aber ging sie während der weiter geführten Adnexenextirpation allmählich auf ihre natürliche Grösse zurück. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Diagnose der in den Bauchraum gerissenen Salpingitiden und Tubarschwangerschaften. Von Dr. Athanasescu - Bukarest. Revista de chirurgie, Nr. 7, 1908.

Aus den Betrachtungen des Verfassers ist der Schluss zu ziehen, dass eine Differentialdiagnose zwischen Riss einer Salpingitis und einer Tubarschwangerschaft im allgemeinen leicht zu stellen ist, falls die Erscheinungen gut ausgeprägt sind und man die Anamnese haben kann. Dies ist aber gewöhnlich nicht der Fall und der Chirurg wird gerufen, wenn Gefahr im Verzuge ist und man sich zu einem raschen Eingriffe entschliessen muss. So ist die Diagnose oft eine zögernde, namentlich wenn es sich um eine subakute Peritonitis handelt und um eine Tubarschwangerschaft, bei der die Blutung bereits aufgehört

hat und die Peritonealerscheinungen sich zu zeigen beginnen. Bei Rupturen einer Salpingitis, wo es sich gewöhnlich um eine akute Infektion des Peritoneums handelt, treten die Erscheinungen der Peritonitis in den Vordergrund, während bei Ruptur einer Tubarschwangerschaft in erster Linie die Zeichen einer inneren Blutung zu beobachten sind; doch komplizieren auch hier Erscheinungen von Seiten des Bauchfells das Krankheitsbild. Im allgemeinen ist für Salpingitisruptur charakteristisch das lauchgrüne Erbrechen, der Gesichtsausdruck und die Unruhe der Kranken. Ferner besteht oft Fieber. Über dem Bauch besteht tympanitischer Schall, während bei Schwangerschaftsruptur in den dekliven Teilen der Perkussionsschall gedämpft ist. — Der Verfasser vergisst auf die Beschaffenheit der Brüste hinzuweisen, die oft frühzeitig und in vielen Fällen einen wichtigen Fingerzeig geben können. Mitunter kann man schon in der fünften Schwangerschaftswoche auf Druck einen Flüssigkeitstropfen herausdrücken und eine Pigmentierung der Warzenhöfe beobachten. —

E. T.-B.

The treatment of non puerperal infections of the pelvis.

Von F. R. Oastler. (New York). The amer. journ. of obstetr. April 1908.

Bei der Behandlung der nicht puerperalen Infektion der Organe des kleinen Beckens tritt Oastler in akuten Fällen für eine symptomatische Therapie (Eisbeutel, Tampons etc.) ein. Für die chronischen Fälle empfiehlt er ev. Inzision und Drainage von der Scheide aus, oder, wenn es sich um Pyosalpingen handelt, die Exstirpation. Auf alle Fälle soll man nicht zu radikal vorgehen, in Anbetracht der Folgezustände, insbesondere der konsekutiven Sterilität. —

Burckhard - Würzburg.

Etiology of acute nonpuerperal pelvic infection. Von C. R. Hyde. (Brooklyn, N. Y.) The amer. journ. of. obstetr. April 1908.

Hyde betrachtet die nicht puerperalen Infektionen der Organe des kleinen Beckens mit Ausschluss der chronisch tuberkulösen, der durch Tumoren sekundär oder durch Verletzungen oder Operationen entstandenen. Als Erreger kommen in Betracht Gonokokken, Streptokokken, Straphylokokken und Bacterium coli commune. Die Gonokokken sind häufig die Veranlassung zur Entstehung von Pyosalpingen und peritonitischen Prozessen, jedoch kommt den anderen Mikroorganismen eine eben so grosse Bedeutung zu. Akute Pelveoperitonitiden sind relativ selten, meist sind sie sekundär nach Erkrankungen des Uterus und seiner Adnexe. —

Burckhard - Würzburg.

The diagnosis of non puerperal pelvic infections. Part of a symposium on non puerperal pelvic infections. The amer. journ. of. obstetr. April 1908.

Boldt bespricht die nicht puerperalen Infektionen im kleinen Becken. Hydrosalpingen sind meist infektiösen Ursprungs; das abdominale Ende ist verschlossen, und es tritt dann entweder eine

katarrhalische Sekretion auf, oder der Eiter verwandelt sich. Druckempfindlich sind sie meist nicht, Schmerzen bei der Palpation sind vielmehr durch eine gleichzeitige peritonitische Reizung bedingt. Grössere Hydrosalpingen können gelegentlich mit Ovarialtumoren verwechselt werden. Pyosalpingen sind in der Regel kleiner und wegen der Verwachsungen weniger beweglich. Verwechslungen, aber auch gleichzeitiges Vorkommen mit Tubargravidität und Appendizitis ist möglich. Von Exsudaten sind die parametritischen gewöhnlich puerperalen, die perimetritischen gewöhnlich nicht puerperalen Ursprungs. Die letzteren betragen ungefähr $\frac{4}{5}$ aller Fälle. Als Ursache für die nicht puerperalen Fälle kommen in erster Linie Gonorrhöe und Tuberkulose in Betracht. — B u r c k h a r d - Würzburg.

Über die Unterscheidung der hämolytischen virulenten von den hämolytischen nicht virulenten Streptokokken.

Von Dozent Dr. Fromme - Halle a. S. Zentrabl. f. Gyn., Nr. 37, 12. September 1908, pag 1213.

Fr. bringt auf Grund zahlreicher Versuchsreihen den Beweis, dass die hämolytischen Streptokokken, welche aus den Schichten nicht fieberhaft erkrankter Menschen gezüchtet werden, in dem menschlichen Blutschwamm ein durch nichts gehindertes Wachstum entfalten; dasselbe ist daher so stark, dass sich die in einer Normalöse enthaltenen Keime nicht mehr zählen lassen. Der Blutfarbstoff der Platten wird dabei total aufgelöst. Im Gegensatz hierzu werden die virulenten Keime in dem Blutschwamm in ihrem Wachstum gehindert und zwar so stark gehindert, dass von den nicht länger fortgezüchteten Kolonien nur eine sehr beschränkte Anzahl auskeimt. Bei längerer Fortleitung derselben über künstliche Nährböden vermischen sich allerdings diese Unterschiede allmählich. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

The placental transmission of bacillus typhosus with report of a case. Von Dr. B. A. Cohoe. (Baltimore, Md.). The amer. journ. of obstetr., Juni 1909.

Cohoe beschreibt einen Fall von Typhus während der Gravidität, in welchem infolge der mütterlichen Erkrankung Abort eintrat. Aus dem Fruchtwasser, aus dem Herzblut, der Milz und den Nabelgefässen des Fötus liessen sich Typhusbazillen züchten. Ein Übergang derselben von der Mutter auf die Frucht ist demnach möglich, aber nur dann, wenn die Plazenta an irgend einer Stelle nicht mehr intakt ist, während ein unverletztes Syncytium Schutz gegen den Übergang korpuskulärer Elemente von der Mutter auf die Frucht gewährt. —

B u r c k h a r d - Würzburg.

Die Behandlung der Beckenabszesse. Von Dr. Franck.E. Hammond. The therap. gazette, 15. April 1908; bespr. Revue théér. méd. = chir., 10 u. 11, 1. Juni 1908, pag. 393.

Der Ausdruck „Beckenabszess“ ist unbestimmt und schliesst alle Arten von intrapelvischen Eiterungen in sich ein, von der Appendixgegend bis zur Fossa ischiorectalis. Der Verf. beschränkt diese Be-

zeichnung daher auf Ansammlungen im Becken intra- und extraperitonealer Art, welche in die Scheide hineinragen.

Zum Angriff derselben zieht er den Weg durch die Scheide demjenigen durch die Bauchwand unter allen Umständen vor. Die Operation erledigt sich schnell, führt zu keinem Shock, die Heilung ist einfacher und rascher, die Drainage natürlicher und vollständiger, dabei werden Bauchhernien und die mit dem subpubischen Weg verbundenen Zwischenfälle vermieden. Die Mortalität ist eine geringere, die Wiederherstellung eine völlige und dauernde, Nachoperationen bilden eine verschwindende Ausnahme.

Die günstigsten Fälle sind solche, bei denen die Eiteransammlung einfach und gut isoliert ist. Sind die Höhlungen dickwandig, so bedarf es wiederholter Einschnitte.

Nach den gewöhnlichen vorbereiteten Schritten, entleerenden Klistieren, antiseptischer Reinigung etc. wird die Kranke auf den Operationstisch gelegt und katheterisiert. Man reinigt alsdann die Vulva und die Scheide mit einer Lösung von Kreolin oder Lysol und grüner Seife, hierauf mit Sublimat und zuletzt mit Alkohol. Jetzt führt man das Spekulum ein, fasst das Kollum mit Jacobsschen Pinzetten und macht einen transversalen Einschnitt durch die Scheide, hinter dem Kollum, einerlei welches der Sitz des Abszesses sei. Nun bringt man den Zeigefinger in die Inzision und bohrt langsam in der Richtung nach oben, indem man auf die Hinterwand des Uterus einen Druck ausübt, bis der Finger in die Eiterhöhle gelangt. In gewissen Fällen sitzt der Eiter höher; alsdann muss man den Abszess mit der Schere öffnen. Ist der Abszess einmal geöffnet, so erweitert man die Öffnung lieber mit dem Finger als mit dem Messer. Dabei blutet es weniger und man riskiert nicht so leicht, Gefäße zu verletzen. Der Verf. lässt unverzüglich eine Salzwasserspülung der Scheide folgen und legt ein T-förmiges Dränrohr ein, welches in der Folge die Vornahme der notwendigen Irrigationen gestatten. Eine Gazedrainage wird auf diejenigen Fälle beschränkt, wo entweder eine sehr starke Blutung besteht oder der Abszess sehr klein ist. Man muss sich darüber vergewissern, dass alle Ansammlungen geöffnet sind, indem man mit der freien Hand Pressionen ausübt. Bemerkt man noch eine umschriebene fluktuierende Stelle, so bemüht man sich, auch diese mit dem schon in den geöffneten Abszess eingeführten Finger zu öffnen.

Zu vermeiden ist die Eröffnung des Herdes in die Bauchhöhle. Ist der Eiter jedoch steril, so braucht man keine gefährlichen Symptome zu befürchten, nur wird man alsdann Injektionen unterlassen.

In günstigen Fällen obliteriert die Abszesshöhle in 10—15 Tagen. Ausschabungen des Abszesses sollte man der möglichen Perforation wegen nie machen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Die Behandlung hartnäckiger Hautkrankheiten mit Euresol.

Von C. H. Powell, A. M., M. D. Professor der Dermalogie, St. Louis, Mo. Merck's Archives, Sept. 1908.

Prof. Powell fordert eine sorgfältige Diagnose in allen Fällen von Hautkrankheiten, mögen dieselben anfangs auch noch so unbe-

deutend in Erscheinung treten. Furunkel beruhen häufig auf einer Infektion infolge des Hantierens mit Fleisch; tiefe Geschwüre, die selbst das Knochengewebe angreifen, sind bei Phosphor-Arbeitern häufig, während allgemeine Anämie mit Hautausschlägen nicht selten bei Zigarrenarbeitern, besonders bei jungen Mädchen, angetroffen werden. Dass Psoriasis häufig in Verbindung mit chronischem Rheumatismus auftritt, wird vielfach übersehen, und die eingeleitete Lokalbehandlung bleibt daher in solchen Fällen resultatlos. Anämie oder Hyperämie sind mit vielen Formen von Hautkrankheiten verbunden, Hyperämie manifestiert sich vielleicht am deutlichsten in Fällen von Urtikaria und beruht meistens auf Gefäßstörungen, häufig infolge von Magenstörungen. Die Behandlung soll sich daher nicht darauf beschränken das Zucken und Brennen zu stillen, sondern die Beseitigung der Magen- und Darmstörungen anstreben.

Preservation of the ovaries entire or in part in supravaginal or panhysterectomy. Von Dr. R. Peterson. Ann. Arbor, Mich. The amer journ. of obstetr May 1908.

Peterson will bei Operationen am Uterus oder den Adnexen möglichst viel Ovarialgewebe zurückgelassen wissen, da dadurch die Erscheinungen der antezipierten Klimax gemildert werden. Diese Erscheinungen sind am stärksten, wenn die Ovarien bei Frauen im Alter von 40 bis 45 Jahren entfernt werden, und sind andererseits um so geringer, je mehr Ovarialgewebe zurückgelassen wird. —

Burckhard - Würzburg.

Was lehren uns die Nachbeobachtungen von Keimplantationen der Ovarien beim Menschen? Von Privatdozent Dr. Pankow - Freiburg im Breisgau. Zentralblatt f. Gyn., No. 32, 8. August 1908, pag. 1041.

Verf. war in der Lage, einen einschlägigen Fall 3 $\frac{1}{4}$ Jahr nach der Operation zu untersuchen und kann zum ersten Male auch anatomisch den Beweis erbringen, dass bei autoplastischer Transplantation der Ovarien noch nach 3 $\frac{1}{4}$ Jahren voll funktionsfähige Eierstocksreste vorhanden sind. Auch die Transplantation des Epophorons erweist sich als dauernd gelungen. Überhaupt sind auch therapeutisch die Ergebnisse des Verfassers bei seinem Transplantationen recht erfreuliche. Die Dysmenorrhöe jedoch möchte er auf Grund seiner Erfahrungen in der Folge nicht mehr als Indikation für die Transplantation behandeln. Entsprechend der doppelten Funktion der Eierstöcke will er, gewisser therapeutischer Zwecke wegen, in bestimmten Fällen die Eierstöcke nach ihrer Exstirpation 10 Minuten lang mit Röntgenstrahlen bescheinen lassen, um so die Ovulationsfunktion zu unterdrücken. Alsdann will er die Eierstöcke wieder implantieren. Dieses Verfahren passt für Fälle, in denen wegen Blutung operiert wird. Verf. hat dasselbe bereits zweimal ausgeführt, wird jedoch, da die Zeit noch zu kurz ist, erst später darüber berichten. —

Freudenberg - Dresden.

The use and abuse of salt solution. Von E. A. Balloch. (Washington, D. C.) The amer. journ. of obstetr. April 1908.

Balloch kommt bezüglich der Verwendung von Kochsalzlösung zu folgenden Schlüssen: Die physiologische Kochsalzlösung ist einfach eine mit dem Blutplasma isotonische Flüssigkeit, die mit Nutzen angewandt wird, wenn die Quantität oder Qualität des Blutplasmas verändert ist. Erstere kommt hauptsächlich in Betracht bei starken Blutverlusten, letzteres bei Intoxikationen irgend welcher Art. Es kommt vor allem auf genaue Beobachtung des Prozentverhältnisses an, da sonst durch Hämolyse mehr geschadet als genützt werden kann. Als Applikationsort kommen Haut, Vene und Rektum in Betracht, dagegen ist der Nutzen bei Eingiessungen in das Abdomen nach Operationen zweifelhaft. ---

Burckhard-Würzburg.

Chloroform versus ether at Columbia hospital for women.

Von T. Abbe. (Washington, D. C.) The amer. journ. of obstetr. April 1908.

Nach den Erfahrungen am Columbiashospital in Washington empfiehlt Abbe zur Allgemeinnarkose den Äther, nach der Tropfmethode angewandt, gegenüber dem Chloroform als weniger gefährlich und von weniger schlimmen Nachwirkungen begleitet. Nur in Fällen von akuter Entzündung der Luftwege, bei Operationen an Hals und Mund und bei leichteren geburtshilflichen Narkosen ist das Chloroform vorzuziehen —

Burckhard-Würzburg.

a-Monobromisovalerianylharnstoff ein neues Sedativum und Einschläferungsmittel.

Von Dr. Porter, Professor der Pathologie und Allgemeinmedizin, New-York. The Boston medical and surgical journal 25. Juni u. 2. Juli 1908.

Porter geht zuerst auf die chemischen Veränderungen der Arzneikörper im Organismus ein und befasst sich dann im besonderen mit Bromural. Nachdem er die Entstehungsweise dieses Mittels vom pharmakologischen Standpunkte erörtert hat, berichtet er über seine klinischen Erfahrungen.

Bei einer grossen Anzahl nervöser Erkrankungen wirkte das Bromural ausgezeichnet, in vielen Fällen besser als irgend ein anderes Mittel. Es wurde vom Magen stets gut vertragen und zeigte auch niemals die unangenehmen Erscheinungen, die nach dem Erwachen bei manchen Hypnotizis und Brompräparaten aufzutreten pflegen. Porter zieht vor, alle Hypnotika in kleinen und wiederholten Dosen anzuwenden, man erzielt so die besten Resultate und vermeidet unangenehme Nebenwirkungen. Um Schlaf herbeizuführen gibt man eine Dosis Bromural nach der letzten Mahlzeit des Tages und eine weitere kurz vor dem Schlafengehen.

Bromural kann nicht als starkes Hypnotikum bezeichnet werden, ausser wenn man es in hohen Dosen gibt. Der grösste Wert des Mittels liegt darin, dass es eine kräftige sedative Wirkung auf das Nervensystem ausübt. Daher eignet es sich auch besonders zur Behandlung nervöser Zustände, wie man sie hauptsächlich bei Frauen und Kindern antrifft. —

R.

Eubornyl bei Erkrankungen des Nervensystems. Von Dr. Carl Zingher-Elbergassing. Wien. Klin. Rundschau No. 39, Sept. 1908.

Der Verf. hat in dem Arbeiterkrankenhaus zu Elbergassing ziemlich ausgedehnte Versuche mit einem neuen Nervinum angestellt, von denen er drei als charakteristische Krankengeschichten ausführlich mitteilt. Die beiden ersten beziehen sich auf eine 22jährige und eine 35jährige Fabrikarbeiterin, welche beide an heftigen hysterischen Krisen litten. Die dritte Krankengeschichte verfolgt die allmähliche Heilung eines schwerkranken 34jährigen Neurasthenikers. Alle drei sowie eine Reihe ähnlich erkrankter Personen wurden durch das neue Mittel von ihren Beschwerden geheilt resp. gebessert. Dasselbe stellt eine Kombination von Brom und Bornyval in chemischer Bindung dar und hat, wie theoretisch einleuchtet, wohl viel Versprechendes. Hergestellt wird das Eubornyl genannte Präparat von der Firma Lüdy und Cie. in Burgsdorf in der Schweiz. Weitere Versuche dürften mit demselben unter der meisten Aussicht auf Erfolg bei nervenkranken Frauen und Mädchen anzustellen sein, speziell bei hysterischen und hysteroepileptischen Zuständen. —

Freudenberg-Dresden.

Über die Wirkung des Antigonorrhöikums Arhovin. Aus der Poliklinik für Frauenkrankheiten (Universität Berlin) von Prof. Dr. W. Nagel. Zeitschrift für n. ph. Medizin No. 11, 1908.

Seit ca. 3 Jahren wendet Verf. das Arhovin und zwar mit wechselndem, vorwiegend günstigem Erfolge an. Die Frage, bei welchen Erkrankungen das Arhovin besonders indiziert ist, wird dahin beantwortet, das Arhovin bei gonorrhöischen Entzündungen der Genitalorgane und der Harnwege Anwendung findet. In Form und Dosis verabreichte Nagel das Arhovin in den üblichen Originalkapseln innerlich 3 mal täglich 2 Kapseln. Auch in Form von Vaginalkugeln sowie als Stäbchen wandte er das Arhovin intrazervikal an. Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Verf. bemisst in den einzelnen Fällen die Dauer der Arhovinbehandlung auf 2 bis 6 Wochen. Neben der Arhovintherapie werden notwendige diätische Vorschriften und sonstige Verhaltensmassregeln aufrecht erhalten. Die neueren Beobachtungen haben die früheren Erfahrungen bestätigt. Prof. Nagel sagt zum Schluss: „Die Hauptwirkung des Arhovins ist nach meiner Ansicht eine sekretionshemmende und schmerzlindernde, indem der Ausfluss geringer wird, die Schmerzen beim Urinlassen schwinden und der anfänglich trübe Urin sich klärt. —

R.

Die Diagnose und Therapie der Reizzustände in der Blase. Von E. H. F. Pirkner, M. D., New-York. International Journal of surgery, Sept. 1908.

Reizzustände der Blase kommen sowohl in der Praxis des praktischen Arztes als des Spezialisten ziemlich häufig vor. Wenn man von den Fällen von Dysurie, namentlich bei Kindern, absieht, so handelt es sich in der Praxis des Gynäkologen meist um schwangere

Frauen, oder um solche, bei denen die interne Behandlung erfolglos blieb.

Da es sich häufig nur um lokale Neurosen handelt, empfiehlt P. chirurgische Eingriffe, wenn eben möglich, zu vermeiden.

Dysurie tritt besonders bei Erkrankungen der Harnröhre, der Blase oder der der Blase benachbarten Organe und Gewebe auf, sowie auch als rein nervöse Erscheinung.

Erkrankungen der Harnröhre beruhen in den meisten Fällen auf Urethritis oder Geschwülsten.

Blasenkrankheiten werden durch systematische Prüfung des Urins ermittelt. P. beschreibt eingehend die von ihm angewandte Prüfungsmethode zur Ermittlung, welcher Art die Blasenkrankung ist.

Blasensteine werden mit dem Zystoskop sondiert. Das Zystoskop ist häufig das beste Mittel, die Beziehungen zwischen Erkrankung der Geschlechtsteile und der Blase zu erkennen.

Die Behandlung der Dysurie beruht auf der Behandlung der einzelnen Symptome. Bei nervösen Reizzuständen der Blase sollten Instrumente nicht angewandt werden, da sie gelegentlich Zystitis hervorrufen, oder den Zustand verschlimmern.

Zuweilen beheben Narkotika in Form von Suppositorien die Beschwerden, z. B. Opium und Belladonna usw. oder auch Nervina und Antispasmodika wie z. B. die Brompräparate oder deren Baldrian-derivate. Es ist schwer, Regeln darüber aufzustellen. Sollte jedoch ein chirurgischer Eingriff notwendig werden, so ist die erwähnte interne Behandlung, vor der Operation angewandt, von Wert.

Obgleich ein Spezifikum gegen die verschiedenen gynäkologischen Beschwerden bei Dysurie nicht zur Verfügung steht, erfreuen sich die Balsamika berechtigter Beliebtheit. Das für die innere Darreichung geeignetste Präparat dieser Art ist das Santyl; es pflegt die Beschwerden prompt zu beheben. Es scheint von vornherein als Anästhetikum auf die Blase zu wirken, so dass es selten nötig ist, noch zu einem Sedativum zu greifen. P. verordnet gewöhnlich 25 Tropfen Santyl dreimal täglich auf Zucker, oder in Fällen von Diabetes in Kapseln. Im Gegensatz zum Oleum Santali wird das Santyl vorzüglich vertragen und kann längere Zeit verabreicht werden.

In rein neurasthenischen Fällen pflegen nach 6—10 Wochen Rückfälle einzutreten, die durch innere Behandlung jedoch wieder behoben werden. P. betont zum Schluss, dass eine lokale Behandlung (selbst milde Einspritzungen) nur bei genauer Beobachtung der technischen Feinheiten vorgenommen werden soll. — R.

Wie behandeln wir heute die Syphilis? Von Dr. Petrini-Galatz, Bukarest. *România medicala*, No. 10/11, 1908.

Der Verfasser ist seit Jahren Anhänger der frühzeitigen Behandlung der Syphilis, sowie man die Diagnose sichergestellt hat und bevor noch sekundäre Erscheinungen zum Vorschein kommen. Neuere bakteriologische und biologische Untersuchungen haben die Richtigkeit dieser Methode erwiesen. Er hat sich ferner überzeugen können, dass das Atoxyl und im allgemeinen die Arsenikpräparate

das Quecksilber keineswegs in der Therapie der Lues ersetzen können. Höchstens finden diese Präparate als Adjuvans bei Anämischen und Lymphatischen ihren Platz, doch ist und bleibt die energische und durch längere Zeit fortgesetzte merkurielle Behandlung nicht nur bei sekundärer, sondern auch bei tertiärer Syphilis die Hauptsache, was von Vielen nicht beachtet wird, die im Jodkalium das Spezifikum für letztere Fälle sehen. Die von verschiedenen Forschern und in letzterer Zeit namentlich von Finger nachgewiesene Infektiosität tertiärer Erscheinungen berechtigt auch in diesen Fällen die Zerstörung der Spirochaeten durch Hg. anzustreben, nachdem mannigfach erwiesen ist, dass dasselbe das stärkste Gift für die in Rede stehenden Mikroben ist. P.-G. führt eine ganze Reihe von schweren tertiär-syphilitischen Veränderungen an, in welchen er die Heilung nur durch Hg. ohne Joddarreichung erzielt hat. Bei schweren ulzerösen Formen hat sich namentlich das Kalomel in intramuskulären Einspritzungen bewährt; auch eine beginnende allgemeine Paralyse konnte auf diese Weise geheilt werden. — E. T.-B.

Mergal im Dienste der Syphilistherapie. Von Dr. L. Zippert, Spezialarzt für Krankheiten der Harnorgane (Berlin). Repertorium der praktischen Medizin 5. Jahrgang, Heft 7, 1908.

Verf. äussert sich über das neue Quecksilberpräparat höchst anerkennend. Dasselbe werde prompt resorbiert und reize Nieren, Magen und Darmwände nicht. Vereinzelt vorkommende Darmstörungen scheinen dem Verf. nicht in schweren Nekrosen ihren Grund zu haben, sondern in individueller Disposition. Sie gingen auch schnell zurück, ohne zu längerer Unterbrechung der Kur zu nötigen, oder dauernde Schädigungen zu hinterlassen. Wo Stomatitiden oder umfangreiche Hautreizungen die Fortsetzung einer Spritzresp. Schmierkur verböten, sei Mergal als das lange ersehnte Refugium zu betrachten. Die Wirkung einer Mergalkur ist nach den Erfahrungen des Verfassers in allen Stadien der Lues, vornehmlich aber im tertiären gleichwertig mit den Erfolgen der Injektions- oder Inunktionsmethode. Die Bequemlichkeit ihrer Ausführung mache sie speziell für eine chronisch intermittierende Behandlung zu einer hervorragend geeigneten. Die Möglichkeit einer genauen Dosierung und die Gewissheit einer gleichmässigen Resorption seien ihre weiteren, nicht genug zu schätzenden Vorzüge. —

Freudenberg - Dresden.

Lendoskopie utérine (Hystéroskopie). Applikations au diagnostic et au traitement des affections intra-utérines.

Von Dr. Charles David. (Thèse de Paris, 1908).

Der Verfasser hat nach dem Vorbilde des Luys'schen Urethroskops ein Hysteroskop mit innerer Beleuchtung konstruiert und mit demselben diagnostische Studien gemacht. Es zeigte sich, dass die Methode sehr brauchbare Resultate ergibt, sowohl bei verschiedenen pathologischen Zuständen des Uterusinneren, als auch im Puerperium. Polypen, Fibrome, proliferierende Metritis werden mit Leichtigkeit diagnostiziert, ebenso auch der Gebärmutterkrebs, den man zu einer

Zeit erkennen kann, wo mit anderen Mitteln eine Diagnose nicht gut möglich wäre. Im Puerperium können Plazentarreste und Eihautstücke gesehen werden, sowie auch Perforationen nach Operationen oder nach kriminellern Abortus. Im allgemeinen wäre also diese Methode einer weiteren Verbreitung zu empfehlen. E. T.-B.

Menorrhagia and Metrorrhagia (Uterine Haemorrhagie). Von Dr. Kubo, T. (Tokio, Japan). The amer journ. of obstetr. Mai 1908.

Als Ursachen für gesteigerte uterine Blutungen kommen nach Kubo in Betracht allgemeine Ursachen, wie akute Infektionen der verschiedensten Art, Konstitutionskrankheiten, Vergiftungen, verschiedene Organerkrankungen, psychische Ursachen und schliesslich Lues. Als zweite Gruppe ätiologischer Momente werden angeführt, lokale Ursachen, nämlich Tumoren des Uterus, Verlagerungen desselben, Residuen von Schwangerschaft und Geburt, Veränderungen der Tuben und Ovarien, Insuffizienz des Uterus und Atheromatose seiner Gefässe. Von besonderer Wichtigkeit ist die Endometritis, die ohne Vorhandensein eines Tumors und ohne Beteiligung der übrigen Genitalien sich abspielt. Für ihre Behandlung kommen in Betracht: Tamponbehandlung, Darreichung der verschiedenen Ergotinpräparate, Applikation von Adstringentien und schliesslich Kurettement. Wenn letzteres mehrfach ohne Erfolg ausgeführt wurde, kann man als letztes Mittel die Resektion des Uterus per laparotomiam vornehmen, die gegenüber der Totalexstirpation des Organes eine Reihe von Vorteilen besitzen soll (? Ref.). — Burckhard - Würzburg.

Die operationslose Behandlung von Uterusblutungen. Von J. A. Gottlieb, M. D., M. A., L. L. D., New-York. (The Med. Herald, September 1908.)

Bei der Behandlung der Uterusblutungen wurde das Mutterkorn und seine Präparate lange als Mittel par excellence angesehen, doch können Nebenwirkungen nach einer gewissen Anwendungsdauer auftreten, und zuweilen wird die Blutung nur verschlimmert, wahrscheinlich infolge ungleichmässiger Kontraktion der Uterusmuskulatur. Hamamelis und Gossypium sind ebenfalls häufig unzuverlässig.

Innerhalb der letzten Jahre sind diese Mittel mehr und mehr durch die Kotarninpräparate ersetzt worden, von denen G. das Styptol den anderen vorzieht. Während Ergotin und Gossypium durch Kontraktion des Uterus wirken, scheint Styptol mehr als Sedativum zu wirken, indem es die Reizbarkeit der uterinen Blutgefässe herabsetzt.

Besonders günstige Erfolge erzielte G. mit Styptol bei verlängerter und starker Menstruation, bei klimakterischen Blutungen, Dysmenorrhöe, Menorrhagie, Metrorrhagie und Blutungen nach Abortus.

Styptol erwies sich hier als wirksam, nachdem alle anderen Behandlungsweisen wie Kurettement, Tamponade, Ergotin, Hydrastis, Tonika, Elektrizität usw. versagt hatten. In der Regel genügt eine Dosis von einer Tablette von 0,05 g 3 mal täglich, um die Blutung zum Stillstand zu bringen. Verf. konstatiert, dass nicht nur die

krankhaften Symptome durch Styptol gehoben wurden, er erzielte vielmehr in einigen Fällen vollkommene Heilung, da die nächsten Menses regelmässig einsetzten und verliefen. Einer sehr nervösen Patientin (Fehlgeburt, starke Blutungen mit intensiven Kopf- und Rückenschmerzen, starkem Brechreiz) verordnete G. Bromural 0,3 g 3-stündl. und Styptol 0,05 alle 5 Stunden; die nervösen Erscheinungen besserten sich und die Blutungen standen nach 36 Stunden. Toxische Erscheinungen wurden selbst bei grossen Dosen nicht beobachtet. — R.

Über die Wirksamkeit des Stypticins bei einigen Metrorrhagien. Von Dott. Alfonso F u s c o. Rassegna Sanitaria di Roma, Nr. 19, 1908.

Verfasser berichtet über zwei Fälle von profuser Metrorrhagie, in denen ihm das Stypticin äusserst gute Dienste geleistet hat:

1. Fall. B. T., verheiratet, 40 Jahre alt, kinderlos. Menstruierte zum ersten Male mit 15 Jahren, die folgenden Perioden waren stets von Schmerzen begleitet, die langsam an Intensität zunahmen, so dass die Frau endlich einen Arzt konsultierte. Verschiedene Behandlungen, unter anderem auch eine Zervixdilatation, blieben erfolglos. Bald aber trat eine neue Erscheinung auf, indem die Menstruationen neben den Schmerzen auch mit profusen Blutungen einhergingen. Während einer solchen Metrorrhagie wurde Verfasser zur Patientin gerufen. Er fand sie fast ohnmächtig, blass, mit kleinem Puls und allen Symptomen einer akuten Anämie vor. Eine sofort vorgenommene Untersuchung ergab die Abwesenheit einer Neubildung im Uterus, die Ursache der Blutung war vielmehr in einer Sklerose der Uterusgefässe zu suchen. Nachdem die in solchen Fällen von akuter Anämie angebrachten Massregeln getroffen waren, wurden auch reichliche heisse Vaginal-Spülungen gemacht, bis die Blutung fast gänzlich zum Stillstand gebracht war. Die Kranke erhielt nunmehr zwei subkutane Einspritzungen von Stypticinlösung, ausserdem wurde ein einfacher Vaginaltampon eingeführt. Die Frau erholte sich und die Blutung hörte gänzlich auf, so dass beim Entfernen des Tampons am folgenden Tage nur wenig Blut daran zu sehen war. Die prompte Sistierung der Blutung in diesem Falle, in dem sonst mehrere Tage lang starke Blutverluste zu verzeichnen waren (trotz Anwendung von Ergotin), schreibt Verfasser einzig der Wirkung des Stypticins zu. Um weitere Metrorrhagien zu verhindern, wurden noch einige Stypticin-Einspritzungen gemacht, in der Tat trat während dieser Zeit keine Blutung mehr auf.

II. Fall. M. L., 49 Jahre alt. Menstruierte mit 14 Jahren; heiratete mit 18 Jahren und gebar 6 Kinder, ohne nennenswerte Erkrankungen durchzumachen. Vor einiger Zeit wurde sie aber gewahr, dass ihre Periode sich unregelmässig einstellte. Unterblieb dieselbe in einem Monat, so traten im folgenden Monat die Blutverluste zweibis dreimal auf. Die Blutung war auch jedesmal derart profus, dass die Kräfte der Frau stark darunter litten. Von Spezialisten wurde konstatiert, dass weder eine gut- noch bösartige Neubildung hieran die Schuld trage, die Erscheinung sei vielmehr zum Teil einer Sklerose der Uterusgefässe und zum Teil den allgemeinen und lokalen Beschwerden zuzuschreiben, die dem Klimakterium stets vorangehen. Verschiedene Kuren, die die Patientin durchmachte, brachten ihr keine Heilung, nur ein geringes Nachlassen in der Frequenz der Metrorrhagien konnte beobachtet werden.

Verfasser wurde konsultiert, als die Frau eines Tages wieder von dem gewohnten starken Blutverlust betroffen wurde, der keinem der sonst in solchen Fällen angewandten Mittel weichen wollte. Es wurde sofort eine Stypticin-Einspritzung gemacht, die den Erfolg hatte, dass die Blutung sich stark verminderte. Weitere Stypticin-Injektionen von 0,05 g täglich brachten nach 4 Tagen die Blutung völlig zum Stillstand; zur Unterstützung der Kur wurden der Patientin in den folgenden zwei Wochen täglich 5—6 Stypticin-Tabletten innerlich verabreicht. Diese Behandlungsmethode erwies sich als äusserst vorteilhaft, denn bei der folgenden Menstruation war die Blutung normal und hatte keine Schwächung des Kräftezustandes zur Folge.

F u s c o gelangt zu dem Ergebnis, dass das Stypticin ein äusserst wirksames Hämostatikum bei Uterusblutungen ist, solange letztere

nicht durch Neubildungen oder durch weitgehende entzündliche Veränderungen verursacht sind. Das Stypticin übt nicht nur eine prompte blutstillende Wirkung aus, sondern es kann auch mit Erfolg zur Präventivbehandlung bei Metrorrhagien angewandt werden. — R.

Beckenhämatokele. Ohne Angabe des Verfassers. The hospital, 15. August 1908, pag. 525.

Der Verf. führt aus, wie die Beckenhämatokele so häufig das Resultat der Ruptur einer Tubarschwangerschaft oder der Ausstossung einer Tubenmole durch das abdominale Ostium (Tubarabort) ist, dass alle andern Möglichkeiten vernachlässigt werden dürfen. Während eine aktive und progressive Blutung heftige Symptome setzt, wie solche stets bei einer ektopischen Gestation auftreten, darf nicht übersehen werden, dass sehr beträchtliche Blutungen ohne jedes plötzliche und ernstliche Symptom zeitweilig auftreten können. Um solche Fälle richtig zu erkennen, muss man sich vor Augen halten, dass sich derartige Blutungen ganz langsam entwickeln und mehr kapillärer oder venöser als arterieller Natur sind. Solche Blutungen treten weit leichter beim Tubarabort auf, als bei der Tubenruptur, indes darf dies nicht als stets gültige Regel aufgestellt werden, weil sich bisweilen ganz kleine Hämatokelen gerade an der Rupturstelle bilden.

Die wahre Natur derartiger Fälle kann verkannt werden, und man hat sie bisweilen für gewöhnliche Uterusaborte angesehen. Vorzüglich weil die uterine Blutung fast immer bald nach der Umwandlung der Tubarschwangerschaft in eine Mole und der ihr folgenden Ausstossung eintritt. Ist vorher einmal die Periode ausgeblieben, so rufen solche Blutungen ganz natürlich den Eindruck hervor, als ob es sich um eine Fehlgeburt handele. Und wenn nun keine ganz eingehende Untersuchung vorgenommen wird, so bleibt das wahre Wesen derartiger Fälle unerkannt.

Solche Blutungen können Tage, ja selbst Wochen lang anhalten. Der Grund hierfür besteht in der ausgesprochenen uterinen Kongestion und dem Umstand, dass die sich im Uterus bildende Dezidua nicht vollständig zur Ausstossung gelangt. Hierzu bringt der Verf. einen einschlägigen Fall als Beleg, der auch nach anderen Seiten hin Interessantes bietet, sich aber nicht zu einem kurzen Referate eignet. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zur Ätiologie der Retroflexio uteri puerperalis. Von Dr. R. Ziegenspeck in München. Z. f. Gyn., Nr. 23, 6. Juni 1908, pag. 763.

Der auch von Freund angenommenen Behauptung Olshausens, dass die im Wochenbett entstehenden Retroflexionen nur ganz ausnahmsweise Folgen einer Perimetritis oder Parametritis seien, tritt der Verf. entgegen. An der Hand seiner reichen Erfahrung führt er aus, dass Retroflexionen vor dem ersten Puerperium viel häufiger sind als man annimmt, dass die Retroflexionen durch Parametritis anterior oder Parametritis lateralis häufiger sind, als man glaubt, und dass drittens durch anhaltende Rückenlage oder durch Über-

füllung der Harnblase oder durch beide Ursachen gleichzeitig häufiger Retroflexio erzeugt werde, als man annimmt. Die Theorie Olshausens, dass durch das Eintreten des fötalen Kopfes ins Becken während der Schwangerschaft bei Erstgebärenden eine ungleichmässige Dehnung und Verdünnung der Zervikalwand hervorgerufen werde, deren Persistieren häufig zu Antelexion, häufig aber auch zu Retroflexion führen, widerspricht Verf. direkt. Ihm gelang es oftmals Knickungen als durch parametritische oder peritonitische Fixation bedingt, nachzuweisen und durch Massage zu heilen, so dass er ex javantibus den Beweis für die Richtigkeit seiner Theorie erbrachte.

Olshausen erklärt, dass in den Fällen, in welchen eine Retroflexio in der oben als seine Theorie bezeichneten Weise entstanden wäre, Massage nichts helfen könne; auch dem tritt Verf., wie es auch Referent in dieser Zeitschrift schon getan, entgegen. Im übrigen, so sagt Verf. zum Schlusse, müsse man für das Zugeständnis, welches Olshausen implizite gebe, dass in anderen Fällen, da, wo Massage mit Ausdehnung fixierender Stränge in Frage käme, die Massage, und Dehnung auch nütze, dankbar sein, da O. früher einen noch ablehnenderen Standpunkt gegenüber der Kinesitherapie eingenommen habe. —
Freudenberg - Dresden.

Der „schneckenförmige“ Uterus. Von Dr. E. M. Simons, Berlin - Charlottenburg. Z. f. Gyn., Nr. 30, 25. Juli 1908, pag. 977.

Verf. hat im Jahre 1897 in Nr. 52 und 53 der D. med. Woch. die sog. posthornförmige Knickung oder „Col tapiroide“ erwähnt, auf deren damals wenig beachtete Häufigkeit hingewiesen und zur Korrektur das Intrauterinpeccar empfohlen. Es ist ihm nun unzweifelhaft, was sowohl aus dem Wortlaut wie den Abbildungen folgt, dass der von Prof. Bossi in Nr. 20 d. Z. f. Gyn., 1908. beschriebene „schneckenförmige Uterus“ genau dieselbe Anomalität bezeichnet. Damals schon konnte auch er die guten Resultate einer Stiftbehandlung, welche Bossi rühmt, hervorheben, nur will er statt der von Bossi für einzelne Fälle empfohlenen Abbeugung der Zervix sich stets mit einer ausgiebigen Diszision und Umsäumung begnügen, um Dysmenorrhöe und Sterilität zu beseitigen. Prioritätsansprüche will Verf. aber nicht geltend machen, nur freut er sich, dass in der Beurteilung der damals von ihm empfohlenen Therapie, die man seinerzeit zu aggressiv fand, ein Umschwung eingetreten zu sein schien. —

Freudenberg - Dresden.

Die Ergebnisse der Brustkrebsoperation. Von Dr. T. Crisp English. The hospital Nr. 1149, Vol. XLIV, 29. August 1908, pag. 569.

C. G. operiert folgendermassen: er entfernt 1. ein grosses Hautstück, in dessen Mittelpunkt sich das Zentrum der Geschwulst befindet, 2. die gesunde Mamma, die Lymphgefässe und die Faszie vom Epigastrium bis zur Klavikula und von dem Sternum bis zur hinteren Axillarlinie, eingeschlossen die Achselfaszie und die Achsel-

drüsen bis zur Endigungsstelle der Subklaviagefäße, 4. die gesamte Pektoralismuskulatur mit Ausnahme der obersten Schicht des Musculus pectoralis major.

In dieser Weise vorgehend hat er bei 32 Operationen, bei denen sämtlich die Malignität mikroskopisch festgestellt war, folgende Resultate erhalten. Von 10 Patientinnen, die vor mehr als 3 Jahren operiert worden sind, sind 8 wohlauf; eine ist 6 Monate nach der Operation an Lungenkrebs gestorben, ausgehend von einem höchstwahrscheinlich schon vor der Operation vorhandenen Herde; bei der zehnten trat ein Rezidiv hinter der Klavikula auf, dessen nachträgliche Operation sich als undurchführbar herausstellte.

Bei der 2. Gruppe von 17 Patientinnen, die vor 1—3 Jahren operiert worden sind, sind 3 gestorben an inneren Ablagerungen mit örtlichen Rezidiven: 1. Deposite in Lungen-, Pleura- und Mediastinaldrüsen, starb 14 Monate nach der Operation; 2. multiple Deposite im Thorax und Abdomen, starb 1 Jahr p. op.; 3. linke Brust vor Jahresfrist von einem anderen Chirurgen entfernt, rechte Brust November 1906 operiert, starb 15 Monate nach der letzten Operation ohne lokales Rezidiv. Eine 4. Patientin starb 2 Jahre p. op. an einem Herzleiden ohne neue Krebserkrankung. Bei einer 5. Patientin traten rezidivierend 2 kleine Knoten unter dem Schlüsselbein auf, die gleichfalls entfernt wurden. Seitdem scheint dieselbe vollkommen gesund. Alle andern Patientinnen sind gesund und rezidivfrei.

5 Patientinnen sind erst im Verlaufe des letzten Jahres operiert worden, diese sind alle wohlauf.

Der Verf. befürwortet auf das lebhafteste in seinem Schlusswort ein routinemässiges radikales Vorgehen als das einzig sichere Mittel, wirkliche Hilfe zu schaffen. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Eine neue Methode zur Funktionsprüfung des Magens.

Von Dr. S c h l a e p f e r, I. Assistenzarzt der medizinischen Universitätsklinik zu Marburg i. Hessen. Münch. med. Woch. Nr. 36, 1908.

Durch Einführen einer mit Neutralrot gefärbten Suppe in den Magen gelingt es einmal an der Urinfärbung die erste Entleerung des Pylorus und die Gesamtmotilität des Magens zu bestimmen und sodann auf einfache Weise die Mengenverhältnisse von Suppe und Magensaft im Ausgeheberten und damit die motorische und sekretorische Funktion festzustellen. Durch ihre Zusammensetzung aus Eiweiss, Kohlehydrate und Fett bildet die Suppe einen physiologisch adäquaten Reiz.

Aus der Färbung des filtrierten Magensaftes lässt sich ungefähr die peptische Kraft desselben erkennen und aus dem Farbenumschlag im Ausgeheberten von Rot in Gelb und umgekehrt auf die Säuremenge und die Intensität und Anwesenheit von Gärungsvorgängen schliessen. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Menstruatio praecox.

Von Dr. med. N a c k e - Berlin. Zentrabl. f. Gyn., Nr. 34, 11. August 1908, pag. 1116.

Verf. veröffentlicht einen einschlägigen Fall bei einem 5 jährigen Kinde. Dasselbe war hereditär nicht belastet, aber rachitisch. Zu-

gleich waren die Haare am Mons Veneris gesprossen, die Brüste vergrößert und die Mamma erigierbar geworden. Das Gesicht hatte einen altklugen Ausdruck angenommen. Die Blutungen bestehen bereits seit Jahresfrist und soll sich das Kind während dieser Zeit im allgemeinen weniger gut entwickelt haben.

Verf. hält den Gedanken Klemm's, dass es sich in solchen Fällen vielleicht um eine vermehrte Bildung von Oophorin handle, wodurch die frühzeitige Tätigkeit der Ovarien angeregt würde, für beachtenswert. Hierbei fände auch die oft beobachtete Konkurrenz mit Rachitis gewissermassen ihre Erklärung. Therapeutisch würde es daraufhin richtig erscheinen, in solchen Fällen Thyreoidgaben zu versuchen, doch mögen damit zunächst Kollegen, die über Tiermaterial verfügen, experimentieren. — F r e u d e n b e r g - Dresden.

Transplantation des Scheidenepithels als neues Verfahren zur Heilung der Erosionen der Portio vaginalis. Von Dr. Viktor Frommer-Wien. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 35, 29. August 1908, pag. 1141.

Verf. hat in der Erkenntnis der Schwierigkeit der Erosionsheilung und oft vergeblichen Bemühungen mit anderen Methoden einen neuen Weg versucht und in einem Falle mit Glück betreten, mittels der Transplantation des Scheidenepithels.

Der Verf. ist der Ansicht, dass durch eine vorsichtige Auskratzung der erodierten Fläche die Struktur der Drüsen bzw. der Retentionskysten soweit zerstört werden kann, dass das umtransplantierte Plattenepithel, welches den ganzen Hohlraum der Drüsen durch seine Zellmassen auszufüllen imstande ist, in geeigneten Fällen eine vollständige Restitutio ad integrum herbeiführen wird. Selbstredend muss der Zervikalkatarrh vorher geheilt sein. — Verf. fordert zur Nachprüfung seiner Methode auf. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.



Referate über Geburts- und Säuglingspflege.

Statistisch-sanitäre Notizen vom 15. Juli 1906 bis zum 15. August 1907. Von Prof. Raineri. L'arte ostetrica, Heft 2—9, 1908.

Bericht über 192 Entbindungen, davon 5 Zwillings-, 1 Drillingsgeburt. 170 Schädellagen, 5 Steisslagen, letztere bis auf eine bei Mehrgebärenden. Zur Beobachtung kamen: 1 Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind, 1 Kaiserschnitt an der Leiche bei Uterusruptur; Kind tot; 3 Episiotomien, 7 künstliche Nachgeburtslösungen, 3 Ausschabungen nach Entbindung.

Die gynäkologische Abteilung berichtet über 4 Dilatationen und Diszisionen des Uterushalses, 1 Amputation des Kollums wegen

Fibroms, 2 vordere Kolporaphien, 3 vordere und hintere Kolporaphien, 2 vaginale Hysterektomien.

Zur Beobachtung kamen auf den geburtshilflichen Abteilungen 3 Fälle von Nabelschnurvorfal, 1 Todesfall durch Nabelschnurumschlingung des Halses, 3 Nachgeburtsblutungen. Beobachtet wurden ferner 1 mal unstillbares Erbrechen, 7 mal Albuminurie und Eklampsie, 1 mal Placenta praevia centralis, 2 mal marginalis, 1 mal sekundäre Abdominalgravidität mit ausgetragenen Fötus und rechtseitiger eiteriger Salpingitis.

In 3 Fällen kam fieberhafte Darmstörung im Puerperium vor, in 1 Fall Influenza, in 4 Fällen Puerperalfieber. In 10 Fällen trat wegen verschiedener Ursachen der Tod ein. Eine Pubotomie hatte guten Erfolg für Mutter und Kind. Unter 10 Laparotomien kam 1 Todesfall vor.

Das Ambulatorium war von 380 Frauen besucht. 9 Hebammen besuchten den ersten, 8 den zweiten Unterrichtskurs. —

K r a u s s -Ansbach.

Eine Anomalie der Schamlippen, überzählige kleine Schamlippen.

Von Dr. Nicola Gentile. L'arte ostetrica Heft 6, 1908.

Bei einem 21jährigen Mädchen fand sich hinter den kleinen Schamlippen noch ein zweites Paar kleiner Schamlippen. —

K r a u s s -Ansbach.

Ein Rückblick auf die in den Wohnungen ausgeübte kostenlose Geburtshilfe zu Mailand.

Von Dr. Decio. L'arte

ostetrica No. 9, 1908.

Geschichtlicher Überblick über die ärztliche Armenbehandlung in Mailand, aus dem hervorgeht, dass bereits im Jahre 1168 die Einrichtung von fest besoldeten Stadtärzten bestand. —

K r a u s s -Ansbach.

Einleitung zum geburtshilflichen Operationskurs.

Von Prof. L. Mangiagalli. L'arte ostetrica, Heft 10, 1908.

Die Methoden der Entbindung haben sich, wie Prof. Mangiagalli in seiner Arbeit erwähnt, in den letzten Jahrzehnten wenig geändert, desto grösser ist der Fortschritt, den man in der Geburtshilfe durch Einführung der Narkose und der Asepsis erzielte. Mit der Narkoseeinführung ist der Name des Schotten Simpson eng verknüpft, der im Jahre 1847 die erste Entbindung in Äthernarkose vornahm. Auf die nötige Asepsis hat als erster Semmelweis in Budapest hingewiesen.

Als Narkotikum empfiehlt Mangiagalli im allgemeinen Chloroform, für schwere Narkosen Äther; ebenso soll Äther bei Anämie und Fettherz gegeben werden, Chloroform bei Eklampsie, Albuminurie und bei Feuersgefahr. Injektionen von Kokain und Suprarenin werden auch empfohlen. Zum Schluss empfiehlt M. die Lektüre der Alten. —

K r a u s s -Ansbach.

Über Diagnose und Therapie des Hydrokephalus. Von
Hammerschlag-Königsberg. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.,
Bd. XXVII, Heft 4.

Verf. gibt zuerst kurz die Krankengeschichten von 22 Fällen von Hydrokephalus aus der Königsberger Frauenklinik und bespricht hierauf die Diagnosenstellung desselben. Er weist darauf hin, dass weder der Umfang des Leibes noch das Fehlen des Ballottements des kindlichen Schädels, das Pergamentknittern desselben, das Nichteintreten des Kopfes in das Becken bei normalen Massen desselben, die gesteigerte Frequenz der kindlichen Herztöne, das Palpieren weitklaffender Nähte und Fontanellen, noch die zirkuläre Einbuchtung zwischen Kopf und Rumpf ein sicheres diagnostisches Merkmal darstellen. Nur durch die Kombination mehrerer dieser diagnostischen Merkmale ist es möglich, die Diagnose auf Hydrokephalus sicher zu stellen. Des weiteren widerrät er das Eingehen mit der ganzen Hand in den Uterus, um bei eröffnetem Muttermunde durch Abtasten des ganzen Kopfes die Diagnose sicherzustellen. Er sieht hierin eine Gefahr wegen der starken Ausdehnung des unteren Uterinsegmentes durch den grossen Kopf. Beim nachfolgenden Kopf wird die Diagnose wohl immer erst gestellt werden können, wenn die Entwicklung des Kopfes sich als unmöglich herausstellt.

Was die Therapie betrifft, so empfiehlt er Punktion des Schädels. Hierauf soll man die Geburt möglichst spontan vor sich gehen lassen. Ist jedoch Kunsthilfe nötig, so verwirft er das Anlegen der Zange an den punktierten Schädel. Auch die Kranioklasie ist kein gutes Verfahren, da der Kranioklast sehr leicht ausreissen wird. Dagegen empfiehlt er Expression von aussen und Extraktion mit dem in den Schädel eingeführten Finger oder das Einsetzen einer Krallenzange in die Kopfschwarte und konstante Belastung derselben mit Gewicht. Ist der Hydrokephalus nur gering, so dass der Kopf ins Becken eingetreten ist, so kann man einen Versuch mit der Zange machen. Am nachfolgenden Kopf kommt nur Punktion oder Perforation in Betracht. —

Weisswange-Dresden.

Gehstörung nach Hebosteotomie. Von M. Neu-Heidelberg.
Kritische Betrachtungen über die Frage der Schädigung der
Ileosakralgelenke an der Hand eigener Beobachtung. Monatsschr.
f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVII, Heft 4.

Verf. gibt zuerst die genaue Krankengeschichte seines Falles:

Bei einer 33 jährigen Primipara war wegen Beckenenge (C. diagn: 93/4) eine linksseitige Pubotomie nach Döderlein vorgenommen worden. Die Geburt selbst war spontan zu Ende gegangen. Nach mehreren Tagen kam es im Wochenbette zu einer Cholecystis, und am 18. Tage wurde über Schmerzen im rechten Oberschenkel vom Charakter und den objektiven Merkmalen einer Neuralgia ischiadica geklagt. In den nächsten Tagen entwickelte sich der krankhafte Prozess im Ischiadicus- und Obturatoriusgebiet weiter. Die symptomatische Beeinflussung durch Salizylsäurepräparate erwies sich als völlig erfolglos. Die weitere klinische Beobachtung drängte zu der Vermutung, dass das Bild der Ischias in Zusammenhang mit der beckenenerweiternden Operation gebracht werden müsse, obgleich sich erst am Ende der dritten Woche Störungen nach der Richtung bemerkbar machten. Als

ätiologisches Moment fasst Verf. ein Trauma auf. Eine vorgenommene röntgenographische Aufnahme bestätigte diese Ansicht; es musste sich um einen Riss des Bandapparates des rechten Ileosakralgelenkes handeln. Während der Heilung des Bänderrisses war es zu einem perineuritischen Prozess als Fortsetzung des periartikulären Heilungsvorganges gekommen.

Anatomisch ist diese Ischias symptomatica wohl als eine Perineuritis aufzufassen. Entsprechend der Topographie der Nerven des kleinen Beckens, verglichen mit den klinischen Symptomen, muss man annehmen, dass im wesentlichen der Truncus lumbosacralis in Mitleidenschaft gezogen war. Aus seiner Beobachtung zieht Verf. wichtige Schlüsse für die Lagerung, die die zu Operierende während des Eingriffes einnehmen muss. Er empfiehlt bei der Vornahme der Pubotomie die Position der Walcher'schen Hängelage, indessen: untere Extremitäten unterstützt, leicht im Kniegelenk gebeugt und Abduktion der Oberschenkel nur so weit, als es das Operieren erheischt; im Moment der Fruchtentwicklung: Seitenlage.

Weisswange-Dresden.

Report of a case of impacted breech presentation treated by hebotomy. R. H. Pomeroy (Brooklyn, New-York).

The amer. journ. of obstetr. April 1908.

Pomeroy beschreibt einen Fall von eingekeilter Steisslage bei einer 17 jährigen Primipara mit verengtem Becken (Conjugata vera etwa 8 cm). Hebotomie, Extraktion. Glatter Verlauf. —

Burckhard-Würzburg.

Temporary or apparent disproportion between the fetal head and the maternal canal. Von M. McLean (New York).

The amer. journ. of obstetr. April 1908.

McLean betont, dass in manchen Fällen von engem Becken scheinbar ein Missverhältnis zwischen Kopf und Becken besteht, dass aber durch die Konfiguration und richtige Einstellung des ersteren die Geburt dann doch noch spontan verlaufen kann. —

Burckhard-Würzburg.

Disproportion between the fetal head and the maternal pelvis and its management. Von J. D. Voorhees (New-York). The amer. journ. of obstetr. April 1908.

Bei den mittleren Graden von verengten Becken kommen nach Voorhees oft spontane Geburten zustande, wenn der Kopf sich gut konfiguriert, wenn die Knochen des Beckens nachgiebig und die Wehen gut sind. Um eine gute Einstellung des Kopfes zu bewirken, lässt er in der letzten Zeit der Gravidität eine Leibbinde tragen. Um die Wehentätigkeit zu stärken, gibt er kleine Dosen von Strychnin mit Chinin. Für die Entbindung selber empfiehlt er möglichst langes Abwarten, bei hochgradiger Verengung Kaiserschnitt, während bei den mittleren Graden Wendung und hohe Zange oft schlechte Resultate ergeben. Die Symphysiotomie wird als veraltet erklärt. Für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt wird der Champetier'sche Ballon empfohlen. —

Burckhard-Würzburg.

Ectopic pregnancy in the stump of an excised tube, causing attacks of intestinal hemorrhage. Von H. N. Vineberg (New-York). The amer. journ. of obstetr. April 1908.

Vineberg beschreibt einen Fall, bei dem die linken Adnexe wegen Pyosalpinx und Ovarialabszess entfernt worden waren. Nach einiger Zeit hatte sich in dem kleinen Tubenstumpf eine ektopische Gravidität etabliert. — Burckhard-Würzburg.

Infektion der oberen Harnwege während der Schwangerschaft. Ohne Angabe des Verfassers. The Hospital, 6. Juni 1908, pag. 259.

Es ist eine gute Gepflogenheit, den Urin jeder Schwangeren zu untersuchen, zumal gegen das Ende der Gravidität zu. Zu den vielen hierfür seit längerer Zeit bestehenden Indikationen ist seit einigen Jahren eine neue gekommen, die steigende Frequenz von Infektion der oberen Harnwege als Komplikation der Schwangerschaft. Zuerst wurden hierüber aus Frankreich Meldungen laut. Bisweilen ist die Infektion eine virulente. Die Organismen erreichen die Niere durch den Blutstrom und pathologisch sowohl wie klinisch bietet sich das Bild der Pyämie dar. Andere Fälle sind einfache Lokalinfectionen, aufsteigend von Mukosa zu Mukosa, oder übertragen durch die Lymphgefäße. Seltener für die erste Form, oft dagegen für die zweite ist der Bacillus coli verantwortlich, doch hat man auch andere Organismen aufgefunden.

Die Krankheit schwankt je nach ihrer Schwere zwischen einem leichten Katarrh des oberen Teiles des Ureters und des Nierenbeckens und dem Auftreten von multipeln Rindenabszessen. Die ganze Niere kann in einen Eitersack verwandelt sein; in anderen Fällen ist die Eiterung streng perirenal.

In ersten Fällen hilft nur die Nephrektomie, die leider nur bei einseitiger Affektion anwendbar ist. Bisweilen erweist sich auch die einfache Nephrotomie oder perirenale Drainage erfolgreich.

Wichtig ist die frühzeitige Entdeckung des Zustandes. Findet man um den 5.—6. Monat der Schwangerschaft herum Eiterspuren im Urin, so untersuche man bakteriologisch und fahnde nach dem verhängnisvollen Kolibazill, der — nebenbei gesagt — anfangs die saure Reaktion des Urins nicht beeinträchtigt. Ätiologisch ist auch eine etwa bestehende Obstipation zu beachten, doch liegt das hauptsächlichste kausale Moment in dem um jene Zeit beginnenden Druck des Uterus auf den Ureter. In späteren Stadien, wenn der Urin stark Eiter enthält, ist die Natur des Leidens leichter zu diagnostizieren, doch muss man sich dabei erinnern, dass die Niere bei Vorhandensein eines Kalkulus oder beim Bestehen von Tuberkulose unter dem Fortschritt der Gravidität zu ähnlichen Symptomen gebracht werden kann.

So ungünstig wie die Prognose auch bei der schweren Form dieser Erkrankung ist, darf man doch die mildere Form der Schwangerschafts-pyelonephritis für Mutter und Kind nicht als unbedingt infaust ansehen. Abort ist selten, frühzeitige Geburt nicht ungewöhnlich, die Entbindung aber stets das Signal für den Rück-

gang aller Krankheitserscheinungen. Doch braucht man sich mit einer künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft nicht zu übereilen. Bisweilen hilft die methodische Ausdehnung der Blase oder die Ruhelage, namentlich linksseitig, da meist der rechte Ureter am meisten bedrängt ist; auch lässt der Druck beim völligen Aufsteigen des Uterus ins grosse Becken nach. Wichtig ist es, etwaige Konstitution zu bekämpfen. Auch innere Desinfektionsmittel verdienen Empfehlung, Borax, Salol, Urotropin, Helmitol, Hetralin und verschiedene andere.

Nie aber darf man ausser Augen lassen, dass sich milde Fälle in solche ernster Art umwandeln können, und dass dann natürlich mit einem Male ganz andere Massregeln am Platze sind.

Eine spezifische Behandlung der Infektion ist gleichfalls versuchsenswert. Sowohl der Kolibazillus als auch der Staphylokokkus und der Streptokokkus sind einer Serumbehandlung zugänglich. Die Aktivität der Organismen lässt sich beschränken oder gar unterdrücken, so dass die allgemeinen Wirkungen der Toxämie herabgesetzt oder gar beseitigt werden. Wenn eine Niere wegen akuter Infektion hat entfernt werden müssen, so besteht nach dem jetzigen Stande unseres Wissens die imperative Notwendigkeit, zum Schutze der zweiten, Serotherapie einzuleiten. —

F r e u d e n b e r g -Dresden.

Extrauterine pregnancy at term, with report of a case. Von Dr. W. R. Nicholson (Philadelphia). The amer. journ. of obstetr. June 1908.

Nicholson beschreibt einen der seltenen Fälle von ektopischer Gravidität am Ende der Schwangerschaft, und zwar handelte es sich um eine sekundäre Bauchhöhlenschwangerschaft. Operation, Heilung. Diese Fälle von ektopischer Schwangerschaft mit ausgetragenem Kind sind ziemlich selten, die Diagnose ist nicht immer leicht. Therapeutisch kommt nur die operative Entfernung des Fruchtsackes in Frage. —

B u r c k h a r d -Würzburg.

Pyelitis in pregnancy and the puerperium. Von Dr. H. N. Vineberg, The amer. journ. of obstetr. Juni 1908.

Als Ursachen für die Entstehung akuter Pyelitiden in Schwangerschaft und Wochenbett kommen drei Infektionswege in Betracht, nämlich ascendierende Infektion von der Blase, Infektion auf dem Blutweg und solche auf dem Wege der Lymphbahnen. Die infizierenden Mikroorganismen können sein Gonokokken, Eiterkokken, Bacterium coli und Tuberkelbazillen. Dabei besteht Temperatursteigerung und Erhöhung der Pulsfrequenz, Schmerzen. Der Urin ist trüb, übelriechend und enthält Eiter, Mikroorganismen, Blutkörperchen, Epithelien und Zylinder. Verwechselt werden kann die Erkrankung mit akuter Appendizitis, Cholezystitis und Typhus. Die Therapie besteht in Bettruhe, Auflegen eines Eisbeutels, Milchdiät und Darreichung von Urotropin. Ev. kommt die Unterbrechung der Schwangerschaft, soweit sie nicht spontan erfolgt, in Betracht, oder die operative Behandlung (Nephrotomie). —

The diagnosis of extrauterine pregnancy. Von Dr. G. R. Holden (Jacksonville, Fla.). The amer. journ. of obstetr. Juni 1908.

Holden erwähnt, dass die Diagnose der Extrauterin gravidität nicht immer leicht zu stellen sei. Er bespricht die einzelnen diagnostischen Merkmale, ohne wesentlich neue Gesichtspunkte anzuführen. —
Burckhard-Würzburg

Ein einfaches Hilfsmittel zur Erleichterung der Geburten.

Von Dr. Alfred Jaks in Thüngen. Münch. med. Woch., No. 21, 26. Mai 1908, pag. 1135.

J. macht erneut auf den schon früher von ihm angegebenen Gebärmantel aufmerksam, welcher von Evens und Pistor in Kassel zu beziehen ist und der in der Tat als ein geeignetes Mittel erscheint, die Wehenverarbeitung zu erleichtern und zu verstärken. —
Freudenberg-Dresden.

Früh- und Spätresultat der Zangenoperation für Mutter und Kind. Von Gans-Königsberg. Monatsschr. f. Geb. und Gyn., Bd. XXVII, Heft 4.

Verf. berichtet über die Zangen Geburten in der Königsberger Frauenklinik und Poliklinik. Unter 4636 Geburten in der Klinik wurde die Zange 157 mal und unter 3640 Geburten der Poliklinik 405 mal angelegt. Über die einzelnen Resultate und Beobachtungen, die hierbei gemacht wurden, ist in Form eines Referates nicht zu berichten. Verf. vergleicht im Verlauf seiner Betrachtungen auch die Resultate seiner Klinik mit denen anderer Kliniken und kommt zu dem Schluss, dass die Erfolge in der Königsberger Klinik nicht schlechter sind als an anderen Kliniken. Überhaupt betrachtet er die Resultate der Zangenentbindung als nicht ungünstige und hält die Gefahren der Zange für weit geringer, als manche Geburtshelfer annehmen. Allerdings soll, wie er betont, nur die Zange von geübter Hand angelegt werden; diesen Punkt hält er für den entscheidenden in der ganzen Frage der Zangenentbindung.

Weisswange-Dresden.

Plötzliche Unterbrechung der Schwangerschaft im 8. Monat, veranlasst durch vorzeitige Lösung der normal inserierten Plazenta. Von Hebamme E. Garbelli. L'arte ostetrica, No. 7, 1908.

Verf. schreibt, die Blutungen vor dem 6. Monat seien durch Abort, nach demselben meist durch Placenta praevia bedingt. Die Seltenheit andersartiger Blutungen mit nachfolgender Entbindung hat die Schilderung des obigen Falles veranlasst. Mutter und Kind genasen. —

Krauss-Ansbach.

Rezidivierende Graviditätsalbuminurie — vorzeitige Lösung der normal inserierten Plazenta. Von Dr. Zamorani.

L'arte ostetrica, Heft 5, 1908.

Es handelt sich um eine 40 jährige Tabakarbeiterin, die zwei

Aborte durchgemacht hat und ferner einmal an Plazenta praevia litt. Die Unfähigkeit des Uterus, das Ei festzuhalten, wird nicht als Folge der Albuminurie angesehen, sondern beide Erscheinungen als gemeinsame Folge der Nikotinintoxikation. — K r a u s s -Ansbach.

Beitrag zur Kasuistik der kystischen Ovarialtumoren, die eine Schwangerschaftskomplikation bilden. Von Dr. A. Ferri. *L'arte ostetrica*, Heft 10, 1908.

Unter 14244 klinischen Beobachtungen der geburtshilflichen Mailänder Poliklinik finden sich 10 solche, wo Tumoren die Entbindung komplizieren. Ferri berichtet über 2 von ihm beobachtete Fälle.

1. 32-jährige Frau, die erste Entbindung vor 2 Jahren verlief normal, die zweite bedingte die Zuhilfenahme des Arztes, da der Kopf trotz starker Wehen nicht eintrat. Der Arzt fand eine Ovarialkyste, die den Kopf am Eintritt hinderte, er legte die Zange an und wollte die Kyste punktieren, im gleichen Moment bewegte sich die Frau, so dass der Troikar nicht eindrang, aber, dennoch war die dünne Kystenwand geplatzt, der Inhalt entwich in die Bauchhöhle und die Entbindung ging leicht von statten. Später zeigte sich wieder eine Kyste, aber die Frau entschloss sich nicht zur Operation; eine neue Schwangerschaft endete mit Abort im 3. Monat.

2. Erstgebärende. Seit 8 Monaten Cessatio mensium, war vor 9 Monaten bei einem Spezialisten, der ihr sagte, sie sei im 3. Monat schwanger. Leib sehr stark aufgetrieben, die Fluktuation geht nicht über den ganzen Leib gleichmässig weg, sondern bleibt, von beiden Seiten her kommend, an einer Linie stehen, die vom 1. Rippenbogen zur 1. Prominentia ileopectinea zieht. Zangenentbindung, darnach leicht fieberhafter Zustand mit ständiger Vergösserung des Leibes, der 15 Tage nach der Geburt 115 cm misst. Laparatomie mit Entfernung der Kyste. Heilung. —

K r a u s s - Ansbach.

Kaiserschnitt nach Porro, ausgeführt in einer Privatklinik.

Von Dr. Nicola Gentile. *L'arte ostetrica*, No. 7, 1908.

25jährige Frau, die einmal abortierte, diesmal am Ende der Schwangerschaft steht. Der Arzt stellte ein durch Osteomalakie verengtes Becken III. Grades fest. Die beabsichtigte Embryotomie war unausführbar, darum Sectio caesarea mit Amputation des Uteruskörpers. Ausgang in Heilung. —

K r a u s s -Ansbach.

Zwei Fälle spontaner Uterusruptur. Uterusruptur bei tiefstehendem Steisse. Wiederholte Uterusruptur. Von Dr.

K. Eisenstein (Kgl. ungar. Hebammenklinik in Szeged). *Zentralbl.* No. 27, 4. Juli 1908.

Verf. führt 2 Fälle von Uterusruptur an, bei denen das sog. mechanische Moment auszuschalten war. Der erste bezieht sich auf eine 27 II para, bei der die Zerreißung in dem Moment auftrat, als die Frau bei sichtbarem Steisse auf das Querbett gelegt wurde, um ihr die etwa nötige Manualhilfe leisten zu können. — Der zweite Fall bezieht sich auf eine IV para, bei welcher während der 2. und 4. Geburt Spontanrupturen auftraten, welche beide Male konservativ behandelt wurden und heilten. Der zweite Einriss erfolgte in der Narbe der ersten Ruptur. —

F r e u d e n b e r g -Dresden.

Ein seltener Fall von Gesichtslage. Von Dr. A. Caminiti, Mailand. *L'arte ostetrica*, Heft 12, 1908.

Die Gesichtslage wird vom Verf. erklärt mit der Rechtslagerung des Uterus infolge sehr straffer Brandnarben der linken Bauchseite. Entwicklung des Kindes mit der Zange. — Krauss-Ansbach.

Ein Fall von extramembranöser Gravidität. Von Dr. K. Tautzsch (städt. Hebammenschule zu Riga). *Z. f. Gyn.*, No. 27, 4. Juli 1908, pag. 883.

Erst seit einem Jahre unterscheidet man zwischen der Hydrorrhöa decidualis und der H. amnialis. Für letztere Form bringt der Verf. ein Beispiel bei, der 22. sicher festgestellte Fall dieser Art. Der Eihautriss erfolgte vor der Mitte der Schwangerschaft und führte dann zur Frühgeburt. Wann der Tod der Frucht eingetreten war, liess sich nicht bestimmen. — Freudenber-Dresden.

Aetiologisches vom Puerperalfieber. Ohne Angabe des Verfassers. *The hospital*, No. 1125, 19. September 1908, pag. 656.

Die Tatsache, dass die allgemeine Sterblichkeit an Puerperalfieber nicht in dem Masse abnimmt, wie die allgemeine Durchführung der Antiseptik wächst, gibt zu denken. Die Statistiken der Kliniken beweisen, dass sich die Wochenbettmortalität auf ein Minimum herabsetzen lässt, und doch sinkt die Todeszahl der von Hebammen und Ärzten in Stadt und Land entbundenen Frauen keineswegs. Daher muss den ätiologischen Faktoren der puerperalen Sepsis unablässig nachgespürt werden. Von dem Aberglauben eines mystischen tellurischen Einflusses hat sich unsere Zeit längst freigemacht und erkannt, dass Puerperalfieber als nosologische Einheit überhaupt nicht existiert. Eine ganze Reihe von Mikroorganismen sind es, welche puerperale so gut wie Wundsepsis überhaupt verursachen können. Bei Wöchnerinnen kommt zumeist der *Streptococcus pyogenes*, der *Staphylococcus pyogenes aureus* und *albus* sowie der *Bacillus coli communis* in Frage, sei es in Reinkultur, sei es mit einander oder mit anderweitigen, vorstehend nicht genannten Mikroorganismen gemischt. So hat man z. B. auch den *Pneumokokkus* und den *Gonokokkus* als ätiologisch-infektiöses Moment ermittelt, und in milderer Krankheitsfällen saprophytische Organismen.

Von besonderer Wichtigkeit ist der Umstand, dass es schwer erscheint, die Vulva vor dem *Bacterium coli commune* zu schützen. Überhaupt ist es eine schwierige Aufgabe, die Vulva keimfrei zu machen resp. zu erhalten. Kann auch der untersuchende Finger eine Berührung der Labien vermeiden, so ist dies z. B. dem einzuführenden Forzeps nicht möglich. Ist es auch kaum möglich, die Vulva vollkommen steril zu machen, so muss man sich dennoch bemühen, dies soweit wie möglich zu erreichen. Der beste Weg hierzu ist, die Teile zunächst gründlich mit Seifenäther und Wasser zu waschen und alsdann mit Lysollösung oder dergl. abzuwischen. Vorher aber muss der Darm gründlich entleert und gereinigt werden, zum Schluss mit Salzwasserlösungen. Dies muss bei jeder Geburt geschehen, da beim Durchtritt des Kopfes sehr leicht Darminhalt in

Form eines bräunlichen infizierenden Schleimes in die Vulva gelangen kann. Sehr viel kommt auf den Grad der Virulenz an, der bei den verschiedenen Mikroorganismen je nach Zeit und Gelegenheit ein ganz wechselnder sein kann. Findet man einen harmlos erscheinenden Saprophyten vor, so säume man doch nicht, den Uterus sofort auszuschaben und zu desinfizieren, denn sonst kann uns die Überraschung erwachsen, plötzlich vor einer akut infektiösen Form deselben zu stehen. —
F r e u d e n b e r g -Dresden.

Das Kollargol in intravenösen Einspritzungen und seine augenblicklichen und späteren Wirkungen. Von Dr. M. C o h n (Bukarest). Revista de Chirurgie. August 1908.

Das Kollargol wird seit drei Jahren auf der Bukarester geburts-hilflichen Klinik in intravenösen Einspritzungen angewendet und werden mit demselben sehr zufriedenstellende Erfolge erzielt. Worauf dieselben beruhen, ist noch schwer zu sagen. Möglicherweise ist die Hyperleukozytose, welche infolge der Einspritzung auftritt, ein wichtiger Faktor im Kampfe des Organismus gegen die Mikroben, obwohl von manchen Autoren auch eine direkte antiseptische Wirkung des Mittels angenommen wird.

Von grosser Wichtigkeit ist die Methode der Einspritzung sowohl mit Bezug auf die therapeutische Wirkung derselben, als auch auf die spätere lokale Reaktion. Gelangt selbst eine geringe Menge Kollargol ins subkutane Zellgewebe, so ist die Folge eine ausserordentlich starke schmerzhaftige Reaktion, ödematöse Schwellung, die sich weit ausbreitet und in vielen Fällen eine Verhärtung, die später erweicht und sich ähnlich wie ein syphilitisches Gumma verhält. Die Heilungsdauer des ganzen Zustandes erfordert viel Zeit. Gelangt aber die ganze Lösung in die Zone, so ist die Injektion von gar keiner lokalen Reizung gefolgt.

Das Kollargol wird in Mengen von 0,10—0,20 in Lösung eingespritzt, und ruft der Eingriff bei fast allen Wöchnerinnen ein Gefühl von Beängstigung, von Blutwallung zum Kopfe, von Atemnot hervor. Nach wenigen Minuten verschwindet dasselbe. Ein bis zwei Stunden nach der Einspritzung werden die Patientinnen von einem mehr oder weniger heftigen Schüttelfrost befallen. Derselbe ist ein Zeichen der kräftigen Reaktion des Organismus gegen die Infektion. Es folgt dann ein Schweissausbruch und Euphorie, und am zweiten Tage ist oft die Temperatur normal und die Krankheit geheilt. In seltenen Fällen muss die Einspritzung wiederholt werden.

Hervorgehoben wird noch, dass die Kollargoleinspritzung im Puerperium oft zu uterinen Blutungen Veranlassung gibt, die mitunter so heftig werden können, dass eine feste intrauterine Tamponade vorgenommen werden muss. Möglicherweise ist auch diese Erscheinung auf die Hyperleukozytose zurückzuführen, da durch eine solche die Gerinnungsfähigkeit des Blutes vermindert wird. — E. T.-B.

Zur Serumbehandlung des Puerperalfiebers. Von Dr. Alb. Müller, Assistenzarzt der gynäk. Abteil. der städt. Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg. Münch. med. Woch., No. 20, 19. Mai 1908, pag. 1069.

Von vornherein schloß Verf. als für die Serumbehandlung nicht geeignet alle Fälle aus, bei denen durch Streptokokkeninfektion klinisch nachweisbare Gewebeeränderungen hervorgerufen worden waren, z. B. bei allgemeiner Peritonitis, Pyämie, Thrombophlebitis, parametranen Abszessen etc. Hier kann, wie Verf. durch ein Beispiel dartut, die Serotherapie sogar schaden.

Im Gegensatz hierzu bringt er 5 Krankengeschichten von Wöchnerinnen, die sämtlich das Bild schwerer puerperaler Allgemeininfektion darboten und bei denen dennoch durch die Einleitung der Serumtherapie ein unverkennbar günstiger Erfolg zu konstatieren war. Nur der 5. Fall verlief trotz aller Bemühungen letal.

Als besonders empfehlenswert hat sich das Menzer'sche Streptokokkenserum herausgestellt. Ist es auch keine unfehlbare Panazee, so leistet es doch oft recht gute Dienste. —

Freudenberg-Dresden.

Über akute Peritonitis vor und in der Geburt. Von Prof. Dr. Leopold-Dresden. Z. f. Gyn. No. 28, 11. Juli 1908, pag. 905.

L. beschreibt einen Fall von Peritonitis, der 15 Stunden nach spontaner und leichter Geburt unter ungewöhnlich schweren und stürmischen Erscheinungen tödlich verlief. Die akute Peritonitis setzte bereits vor der Geburt ein, nachdem die Frau einige Wochen vorher mutmasslich mit Tripper infiziert worden war. Schon vor dem Wehenbeginn entwickelte sich eine phlegmonöse rechtsseitige Parametritis bei noch geschlossenem Zervikalkanal. Auffallend war ferner der schnelle Übergang der Parametritis in akute Peritonitis sowie der schnelle Geburtsverlauf nach künstlichem Blasensprung, trotz der Überschwemmung der Uterusmuskulatur und der Gefäße mit Streptokokken.

Der Fall lehrt also aufs Neue die Möglichkeit, dass bei schweren, am 1. bzw. 2. Tag p. p. auftretenden septischen Erkrankungen die Infektion in die Gewebe des Uterus schon mehrere Tage vor dem Beginn der Wehen erfolgt sein kann. —

Freudenberg-Dresden.

Kritik der prämonitorischen Symptome der Thrombose und Embolie. Von Dr. Nacke-Berlin. Zentralbl. f. Gyn., No. 33, 15. August 1908, pag. 1085.

Verf. findet, dass alle gewöhnlich als Vorboten aufgefassten Erscheinungen viel zu allgemein und verbreitet sind, als dass sie als charakteristisch und spezifisch gelten könnten. Gerade die von ihm beobachteten tödlichen Embolien hatten völlig normale Wochenbetten durchgemacht, und der Tod war plötzlich beim ersten Auf-

stehen erfolgt. Bei dieser Sachlage plädiert Verf. massvoll gegen das Frühaufstehenlassen der Wöchnerinnen. —

Freudenberg-Dresden.

Amylenhydrat bei Eklampsie. Von Dr. Härle in Marasch (Türkei). Münch. med. Woch., No. 21, 26. Mai 1908, Seite 1134.

Nachdem Verf. entsprechend dem Vorschlag von Naab, Amylenhydrat per os, im Klysma oder subkutan (intermuskulär) in Dosen von 2,5—6,0 mit bestem Erfolg bei Epileptikern gegeben hatte, versuchte er es gleichfalls im Sinne Naab's bei der Eklampsie und zwar in 5 Fällen. Nach einer Injektion in die Glutäalgegend (3—4 Gramm) trat bei keiner Kranken mehr ein fernerer Anfall auf. Alle Frauen genasen prompt. — Freudenberg-Dresden.

Die Beurteilung schwerer Blutungen unter der Geburt. Von Privatdozent Dr. Schikele, Oberarzt der Univ.-Frauenklinik in Strassburg i. Els. Münch. mediz. Woch., No. 21, 26. Mai 1908, pag. 1121.

Sch. veröffentlicht eine Reihe recht instruktiver Krankengeschichten und bemerkt, dass in manchen Fällen die Reaktion auf die Blutung erst einige Zeit nach der beendeten Geburt auftritt, oder erst alsdann, wenn noch eine geringe neue Blutung dazukommt. Sehr häufig ist die geringe Widerstandsfähigkeit einzelner Frauen auf Rechnung der schnell aufeinanderfolgenden Geburten zu setzen (von Mensinga bereits schlagend dargetan!). An den Körper und nicht zum wenigsten an das Blut wird durch zahlreiche Geburten ohne Intervall sicher eine grosse Anforderung gestellt. Frauen, welche eine schwere Blutung intra partum überstanden haben, sind ferner einer Infektion leichter zugänglich. Um die Blutungen intra partum richtig zu deuten, hebt Verf. folgende Punkte hervor:

1. Der allgemeine Ernährungszustand, der kräftige Körperbau, gesunde Organe spielen eine grosse Rolle.

2. Frauen, die schon oft geboren haben, besonders jene, bei denen fast Jahr auf Jahr eine Geburt erfolgte; desgl. jene, die bei früheren Geburten schon schwere Blutungen gehabt haben, diese sind alle bei einer erneuten Blutung viel mehr gefährdet.

3. Die Fälle, welche bei bestehender Placenta praevia vor ihrer Einlieferung in die Klinik schon mehrfach Blut verloren haben, ergeben von vorn herein eine unsichere Prognose. Erst recht ist diese schlecht, wenn man einen beschleunigten Puls feststellt. —

Freudenberg-Dresden.

Zur Mitteilung des Herrn Dr. Góth: „Ein neuer Handgriff zur Behandlung der atonischen Nachblutungen.“ Von Dr. Georg Zickel-Berlin. Zentralbl. f. Gyn., No. 34, 22. August 1908, pag. 1113.

In der No. 15 dieser Zeitschrift hatte Góth einen äusseren Handgriff zur Behebung atonischer Nachblutungen empfohlen, die sich besonders bei Deszensus uteri erfolgreich anwenden lassen soll und vorzüglich darin besteht, dass man den Uterus mit der hinter

der Symphyse eindringenden Hand kräftig empordrängt und zugleich komprimiert. Dem gegenüber erklärt Verf., dass dieser Handgriff, wiewohl er nicht unwirksam sein mag, keineswegs ungefährlich sei. Er selbst beobachtete unlängst in der gleichen Situation und bei Anwendung des gleichen Handgriffes, wie Góth sie schildert, das Eindringen von Luft in den Uterus und einen Kollaps infolge von Luftembolie. Zwar gelang es ihm, durch energische Kompression des Uterus mit beiden Händen die Luft wieder aus der Gebärmutterhöhle, aus der sie dabei mit flatusähnlichen Geräuschen entwich, zu entfernen und die Frau am Leben zu erhalten. Immerhin aber war der Zustand ein sehr ernster und dürfte daher der neue Handgriff keine Empfehlung verdienen. — F r e u d e n b e r g -Dresden.

Einfache Therapie bei einer Vaginofixationsgeburt. Von Dr. G. S c h r o e d e r -Königsberg. Zentralbl. f. Gyn., No. 34, 22. August 1908, pag. 1115.

Verf. konnte bisher bei den von ihm im gebärfähigen Alter mit der niedrigen Vaginofixatio ohne isolierte Naht des Peritoneums behandelten Frauen bereits fünfmal Schwangerschaft beobachten. Eine Frau abortierte, 4 trugen aus, davon 2 ganz glatt, eine in Querlage, aber ohne besondere Schwierigkeit, so dass man in der Universitätsfrauenklinik zu Königsberg, woselbst die Geburt stattfand, gar nichts von der vorhergegangenen Operation merkte. Die vierte Frau entband Verf. in seiner eigenen Klinik. Hier handelte es sich um einen verzögerten Eintritt des kindlichen Kopfes ins Becken. Um sich daher zu orientieren, wie er die vordere Uteruswand eventuell zur Spaltung zugänglich machen könne, führte S. die halbe Hand vorn in den Uterus ein (unter Narkose) bis über die scharf vorspringende Seite des Os internum und übte nun in der Richtung nach vorn und unten einen vorsichtigen Zug aus. Dabei folgten Zervix und unterer Abschnitt und mit ihnen der kindliche Kopf mit grosser Leichtigkeit ins Becken.

Soviel Verf. aus der Literatur ersehen kann, ist bisher bei einer typischen Vaginofixationsgeburt noch niemals das Hindernis auf eine so einfache und glatte Weise beseitigt worden. Spricht auch der obige Fall nicht zu Gunsten der Operation, so will er dieselbe doch nicht verwerfen, sondern in der Folge nur die Fixation etwas tiefer als bisher, ein wenig unterhalb der Mitte der vorderen Uteruswand, anlegen. — F r e u d e n b e r g -Dresden.

Über Stillpraxis und ihren Einfluss auf die Entwicklung des Kindes. Von Dr. Martin N a g e l, Assistent der Kgl. Univ.-Kinderklinik zu Erlangen. Münch. med. Woch., No. 20, 19. Mai 1908, pag. 1071.

Soweit nicht Gleichgültigkeit, Bequemlichkeit oder Geschäftsrücksichten in Frage kommen, basieren die Entschuldigungsgründe der nicht stillenden Mütter auf 3 besonders wichtigen Ursachen:

1. auf Rücksicht auf althergebrachte Vorurteile;
2. auf Unkenntnis der Hebammen;

3. auf Unkenntnis eines sachgemäss durchgeführten Allaitement mixte. —

Der Kampf gegen die Überernährung der Kinder dagegen muss mit denselben Waffen geführt werden wie die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit überhaupt. Er muss sich konzentrieren auf 3 Punkte:

1. auf die eifrige Propaganda für natürliche Säuglingsernährung;
2. auf die Durchdringung des Volkes mit gesunden Anschauungen und richtigen Kenntnissen über rationelle Säuglingsernährung und Säuglingspflege;

3. auf die tatkräftige Unterstützung aller derjenigen Unternehmungen, welche sich zur Aufgabe machen, die soziale Lage der Erzeuger zu bessern. —

F r e u d e n b e r g -Dresden.

Note sur les variations de composition des laits de femme.

Influence de l'obésité de la nourrice. Von Dr. H. Barbier, médecin de l'hôpital Hérold, et M. Maseré, interne en pharmacie du service. Bull. de la soc. de péd. de Paris 1908 No. 5.

Barbier hat schon vor 2 Jahren mit Boillot Untersuchungen über Frauenmilch gemacht und damals folgende Ergebnisse gefunden.

1. Es gibt keine mittlere Formel für die Zusammensetzung der Frauenmilch verschiedenen Alters.

2. Die Zusammensetzung der Frauenmilch schwankt zu den verschiedenen Tageszeiten nach einer bestimmten Kurve.

3. Durch Änderung der Ernährung lässt sich eine Änderung in der Zusammensetzung der Milch herbeiführen.

An diese Resultate knüpfen die vorliegenden Untersuchungen an, bei denen die Milch von Ammen entnommen wurde, die alle genau die gleiche Nahrung im Spital erhielten. Die Entnahme der Proben geschah bei Beginn der ersten Morgenmahlzeit 6^h (lait minimum) und am Schluss der Nachmittagsmahlzeit um 3^h (lait maximum). Diese beiden Proben sollen nach der erwähnten früheren Arbeit die äussersten Schwankungen im Laufe des Tages aufweisen, und das Mittel aus diesen beiden Werten soll der mittleren Zusammensetzung entsprechen. Über die Technik der Untersuchung ist im Original nachzulesen.

Es wurde die Milch von 14 Frauen, die sich im 1.—20. Monat der Laktation befanden, untersucht mit dem negativen Resultat, dass man eine Normalzusammensetzung für die einzelnen Monate nicht findet. Nur das eine lässt sich sagen, dass in den alten Milchen vom 19.—20. Monat der Fettgehalt (70 g) sehr hoch ist, dass der Eiweissgehalt eine leicht fallende Tendenz zeigt, während der Milchzucker kaum schwankt. Die Tageskurve für Fett und Eiweiss erreicht in der 3 Uhr-Mahlzeit (lait maximum) ihren Höhepunkt. Die Tageskurve der Laktose zeigt keine nennenswerten Schwankungen.

Der Einfluss der Ernährung auf die Zusammensetzung der Milch zeigte sich in zwei Fällen deutlich. Bei einer Frau fand sich nach Ersatz des Fleisches der Nahrung durch kohlehydratreiche

Gemüse ein Ansteigen des Fett-, ein Absinken des Eiweissgehaltes der Milch.

Bei einer fetten Frau fand sich bei kohlehydratreicher Kost eine sehr fettreiche Milch (70 g), die auf 35 g Fettgehalt sank als man sie kohlehydratarm ernährte. Die praktischen Folgen, die aus diesen sehr interessanten Befunden für die Säuglinge gezogen werden, sind nicht eindeutig. Die Verf. scheinen das auch selbst zu fühlen, indem es am Schluss vorsichtig heisst, man muss immerhin daran denken, dass unter gewissen Bedingungen auch die Zusammensetzung der Milch von Einfluss auf das Befinden des Kindes sein kann. —
S p i e g e l-Kiel.

Über hämolytisches Komplement in der Frauenmilch.

Von Dr. M. P f a u n d l e r und Dr. E. M o r o, aus der kgl. Univers. Kinderklinik in München. Münch. med. Woch., Nr. 20. 19. Mai 1908, pag. 1063.

Den Verff. ist der Nachweis gelungen, dass tatsächlich in fast allen Frauenmilchproben das Vorhandensein des hämolytischen Komplementes experimentell feststellbar erscheint. Sonach besteht zwischen Frauenmilch und Kuhmilch in bezug auf den Gehalt an hämolytischem Komplement kein prinzipieller Unterschied. —

F r e u d e n b e r g - Dresden.

Zur Frage der Stillfähigkeit.

Von Dr. H. L e u k, II. Assistent der Kinderklinik des Prof. G a n g h o f n e r in Prag. Münch. med. Woch., Nr. 20. 19. Mai 1908, pag. 1074.

L. veröffentlicht eine sehr interessante statistische Arbeit über die beregte Frage, deretwegen wir auf das Original verweisen müssen. Hervorgehoben sei hier nur, dass auch bei fortgesetzter Stillung die Mortalität vielfach eine recht hohe ist, weil das gleichzeitig eingeführte Allaitement mixte meist in einer wenig zweckentsprechenden Form zur Anwendung gelangt. F r e u d e n b e r g - Dresden.

Über Kernikterus der Neugeborenen.

Von Dr. E s c h, Kgl. Univ. Frauenklinik zu Marburg. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 30, 25. Juli 1908. pag. 969.

Neben dem harmlosen Icterus simplex unterscheidet man den Icterus symptomaticus, der auf Sepsis, Lues, Stauung, Obstruktion der Gallenwege etc. beruhen kann. Eine besondere Form desselben scheint der sog. Kernikterus zu sein. Die wenig bekannt gewordenen Fälle dieser Art hatten nichts mit Syphilis zu tun, waren aber durch die Beteiligung des Bulbus charakterisiert. Verf. bringt einen einschlägigen Fall und führt aus, dass sein Fall sowohl als auch der Benke'sche und der Schmorl'sche die tonischen Krämpfe und eine gewisse Familiendisposition gemeinsam hatten. Ein deutliches Krankheitsbild vom Kernikterus aber lässt sich auf Grund der wenigen Beobachtungen heute kaum erst entwerfen. Allenfalls wären Gelbfärbung des ganzen Körpers, tonische Krämpfe in den Gliedern und dem Rücken, bulläre Erscheinungen (Störungen der Zirkulation, Respiration und des Schluckens) und Darmkatarrh mit g e f ä r b t e m Stuhl anzuführen.

Die Prognose scheint absolut infaust zu sein. Daher ist es nicht richtig, den Icterus neonatorum als durchgehends ungefährlich hinzustellen. —
F r e u d e n b e r g - Dresden.

Specimens and photograph of resected ribs. By Francis Huber, MO., New-York. Arch. of paed. April 1908.

Mehrere kurze Krankengeschichten, welche beweisen, dass nach einfacher Inzision der Pleura costalis und Einlagen eines Dränagerohres in die Wunde das Periost infolge Verletzung bei der Operation oder infolge Druckusur Osteophyten bildete und zwei benachbarte Rippen verlötete. —
H o c h h e i m - Halle.



Rezensionen.

Consultation sur la grossesse, l'accouchement, les maladies de femmes et les soins à donner aux nourrissons. Observations personnelles. Von Dr. H. St a p f e r - Paris 1908. 501 S. Vigot frères, éd.

Ein angenehm geschriebenes Buch zu Nutz und Frommen aller Geburtshelfer und jener, die es werden wollen. Es enthält 99 bemerkenswerte Beobachtungen aus der Praxis des Verfassers, von den ersten Anfängen, die bis in das Jahr 1883 zurückreichen, bis heute, doch sind es nicht trockene, langweilige Krankengeschichten, sondern eine treue, lebendige Schilderung der Erlebnisse des Arztes, der gerufen wird, um mit Rat und Tat einer schwangeren oder gebärenden Frau beizustehen. Untersuchung und Befund, Überlegung und Entschluss zum Handeln, manuelle und instrumentelle Eingriffe, Hoffnungen und Befürchtungen, gute und mitunter auch schlechte Erfolge, — alles ist genau verzeichnet und dazwischen sind noch viele originelle Wahrnehmungen, rationelle Vorschläge und humoristische Bemerkungen eingestreut. Massage und Heilgymnastik, für deren Verbreitung der Verfasser sich ja vielfach mit Erfolg bemüht hat, finden, selbstverständlich, gegebenen Falles, entsprechende Würdigung. —
E. T.-B.

Lehrbuch der Körper- und Gesundheitslehre (Somatologie und Hygiene) für Mädchenlyzeen und ähnliche Lehranstalten von Dr. Theodor A l t s c h u l, k. k. Sanitätsrat. Mit 133 Abbildungen im Text, 2 farbigen Tafeln „Essbare und giftige Schwämme“ und 1 Übersichtskarte „Erste Hilfe“. 8° u. 174 S. Wien 1908, G. Freytag und F. Tempsky. Preis gebunden 3 M.

Es ist das beste derartige Lehrbuch, das mir bekannt geworden ist. Es wäre ausserordentlich zu wünschen, wenn dieser Lehrstoff auch in den höheren Schulen der männlichen Jugend eingeführt und dieses Lehrbuch — dann mit Weglassung des Kapitels „Krankpflege im Hause“ — ihm zu Grunde gelegt würde. Die jetzt oft

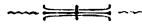
erstaunliche Unkenntnis der Gebildeten auf diesem Gebiete, dank welcher die furchtbare Giftpflanze des Kurfuscherunwesens gedeiht, würde weichen. Das Buch gibt eine nahezu vollkommene und erschöpfende Aufklärung für die nach allgemeiner Bildung strebende Jugend in den letzten Schuljahren, es wird aber bis ins hohe Alter hinein immer wieder mit Genuss studiert werden können und ein Schatz fürs Leben werden. Auch der Arzt wird es mit Freude lesen, denn es entspricht überall dem neuesten Stande der Wissenschaft. Zuerst wird ein durch ganz vorzügliche Abbildungen veranschaulichter Abriss des Körperbaues der Anatomie gegeben, zugleich mit kurzer Schilderung der Verrichtungen der einzelnen Organe, ihrer wichtigsten Erkrankungen und der Verhütung derselben. Hier finden sich einige kleine Fehler. Auf Seite 25 sind Elle und Spindel und die Epiphysen mit den Epiphysenknorpeln verwechselt. Auf Seite 30 ist das Kahnbein falsch bezeichnet. Dass Blinddarmtentzündungen durch verschluckte Kirsch- und Pflaumenkerne erzeugt werden, ist nicht zutreffend. Die gewundenen Harnkanälchen laufen in der Nierenrinde, nicht im Marke (Seite 62); die zu den Glomeruli laufenden Adern sind Arterien, nicht Kapillargefäße. Der Sinnesnerv überträgt nicht den Reiz aus der Aussenwelt auf das Sinnesorgan (Seite 64), sondern von letzterem zum Gehirn. Nicht nur der untere Nasengang, sondern alle drei Nasengänge führen durch die Nasenrachenöffnung in die Rachenhöhle (Seite 72). Ob in den gesunden Talgdrüsen Milben vorkommen, ist zweifelhaft. Die Hühneraugen schmerzen nicht durch Druck auf das Unterhautzellgewebe, sondern durch Druck auf die Nerven. — Der zweite Teil ist die Gesundheitslehre. Luft, Boden, Wasser, Ernährung, Kleidung, Wohnung, Heizung, künstliche Beleuchtung, Lüftung (Ventilation), Beseitigung der Abfallstoffe, Leibesübungen, Infektionskrankheiten, Schulkrankheiten werden in ganz vorzüglicher mustergültiger Weise besprochen, ebenfalls durch sehr schöne Abbildungen veranschaulicht. Die Schulbänke hätten nicht unter Wohnung, sondern unter Schulkrankheiten besprochen werden sollen. Seite 92 Reihe 2 muss das Wort „Butter“ fortfallen, da von Eiweisskörpern die Rede ist. Durch eine wunderschöne Abbildung sind die Schäden des Korsetts klar gemacht. Als dritter Teil folgt die erste Hilfeleistung bei plötzlichen Erkrankungen und Unfällen. Als letzter die Krankenpflege im Hause. Beide sind fehlerfrei und mustergültig. Dann folgt ein ausführliches Sachregister. Angeheftet sind noch eine Übersichtskarte „Erste Hilfe“ und zwei kostbare farbige Tafeln „Essbare und giftige Schwämme“. —

R o m e i k - M o h r u n g e n .

Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose für Studierende und Ärzte. Von Dr. B. B a n d e l i e r - G ö r b e r s d o r f i. Schl. und Dr. O. R o e p k e - M e l s u n g e n . 2te erweiterte und verbesserte Auflage. Gr. 8° VIII und 177 S. mit 19 Temperaturkurven auf 5 lithographischen Tafeln, einer farbigen lithographischen Tafel und 4 Textabbildungen. Würzburg 1909 Verlag Kurt Kabitzsch. Preis brosch. 6 M. geb. 7 M. Einem wie grossen Bedürfnisse das Lehrbuch von B a n d e l i e r -

R o e p k e entgegengekommen ist, hat die Tatsache erwiesen, dass nach knapp $\frac{3}{4}$ Jahren die 2te Auflage in den Buchhandel gelangt, gewiss ein Erfolg, der nicht allein für die beiden Verfasser ehrenvoll ist, sondern auch einen Beweis dafür erbringt, dass mindestens ein grosses Interesse für die Bestrebungen spezifischer Diagnostik und spezifischer Therapie der Tuberkulose vorhanden ist. Dass dieses Interesse lebendig erhalten bleibe und tatkräftigem Handeln entsprossene Früchte zeitige, dieser Wunsch, der die Verfasser ihrem Werke im Vorwort mitgeben, wird mit der Zeit auch in Erfüllung gehen, wenn die in der Praxis stehenden Ärzte das Verfahren angenommen haben, zunächst wenigstens das der spezifischen Diagnostik.

Das Lehrbuch ist kurz, klar und orientierend geschrieben, die Abbildung der diagnostischen Reaktionerscheinungen sind selten schön und anschaulich. Es ist eine Veröffentlichung, die jeder Arzt kennen muss. Für den Frauenarzt speziell kommt das Kap. I. 7 und das Kap. III. 5 in Betracht. — S c h a l e n k a m p - C r o m b a c h.



Referate aus ärztlichen Gesellschaften.

Aus amerikanischen gynäkologischen Gesellschaften.

Transaktions of the New York obstetrical society. Meeting of March 10, 1908. The amer. journ. of obstetr. Mai 1908.

C h i l d demonstriert eine Zange mit gerauten Löffeln zum Halten der Organe der Bauchhöhle bei Operationen. —

W a r d bespricht einen Fall von primärem Epitheliom der Vagina bei einer 20jährigen Frau. Der Fall war unheilbar, die Anwendung von Radiumbestrahlung ohne Erfolg. —

Der Vortrag von R e u b e n über vollständige oder teilweise Erhaltung der Ovarien bei Exstirpation des Uterus wurde unter den Originalien referirt. — Dr. B u r c k h a r d - W ü r z b u r g.

Transaktions of the New York obstetrical society. Sitzung vom 14. Januar 1908. The amer. journ. of. obstetr. April 1908:

W a r d bespricht einen Fall von Zervixmyom, das anfangs das Vorhandensein eines kindlichen Kopfes vortäuschte. Entfernung, Heilung. Ferner einen Fall von multiplen Myomen, bei dem 27 Stunden nach der supravaginalen Entfernung der Tod infolge von akuter Streptokokkeninfektion eintrat. —

W a l d o spricht über einen Fall von operativer Wiederherstellung

des Blasenhalbes und der Urethra, in welchem durch die Operation ein vollständiger funktioneller Erfolg erzielt wurde. —

Vineberg spricht über eine ektopische Gravidität, die in einem Tubenstumpf nach Exstirpation der Tube zustande gekommen war, sodann über primäre Tuberkulose der Portio und der Zervix. —

Sodann tragen Voorhees, Mc Lean und Pomeroy vor über das Missverhältnis zwischen Kopf und Becken, sowie über die Leitung der Geburt in derartigen Fällen. (Als Originalarbeit referiert.) —

Sitzung vom 11. Februar 1908. The amer. journ. of obstetr. April 1908:

Brothers bespricht einen Fall von Mangel der Vagina mit partiellem HämatoKolpos, Hämatometra und doppelseitiger Hämato-salpinx. Exstirpation per laparotomiam, Heilung. —

Taylor erwähnt einen Fall von supravaginaler Amputation des Uterus wegen Myomen mit Exitus nach sieben Wochen an Tetanus. Möglicherweise ist die Quelle der Infektion im Katgut zu suchen. —

Zur Behandlung der Rückwärtslagerung des Uterus empfiehlt Bissel die operative Verkürzung der Ligamenta rotunda und lata. Leider findet sich keine Mitteilung über Dauererfolge der Operation. —

Boldt demonstriert zwei Präparate, nämlich eine intraligamentär entwickelte Pyosalpinx, und eine Hydrosalpinx, die eine Ovarienkyste vorgetäuscht hatte. —

Über nicht puerperale Infektion der Organe des kleinen Beckens sprechen Boldt, Hyde und Oastler. (Bereits früher als Originalarbeit referiert.) —

Transactions of the Washington obstetrical and gynecological society.

Sitzung vom 1. November 1907. The amer. journ. of obstetr. April 1908.

Balloch demonstriert eine Kyste des Ligamentum rotundum. Über den Vortrag desselben, betreffend die Benützung von Kochsalzlösungen ist bereits referiert worden. —

Kelly demonstriert zwei Nierensteine, die operativ entfernt worden waren. Tod nach drei Tagen an Urämie. —

Der Vortrag von Abbe über Chloroform- und Äthernarkosen wurde ebenfalls bereits besprochen. — Burckhard - Würzburg.

Transaction of the Washington obstetrical and gynecological society. Meeting of Dezember 6, 1907. The amer. journ. of obstetr. Mai 1908.

Stone zeigt eine Gallenblase mit zahlreichen Steinen; Operation, Heilung. —

Rove bespricht einen Fall von eitriger phlegmonöser Gastritis, derentwegen die Gastrotomie ausgeführt wurde. Es bestand gleichzeitig eine Gravidität im sechsten Monat. Am achten Tage nach der Operation erfolgte Abort. Infektion der Bauchwunde, Heilung. —

Der Vortrag von Johnson über die künstliche Ernährung der Säuglinge wurde unter den Originalien referiert. —

Burckhard - Würzburg.

In der Académie de méd. (séance du 13. Oktober 1908) zu Paris hielt Dr. P. Reynier einen Vortrag, über *Emploi de l'oxygène dans l'infection puerpérale*.

Die Therapie der puerperalen Infektion ist bekanntlich an Mitteln nicht arm, die oft sehr gute Erfolge geben und oft wieder vollständig im Stiche lassen. R. fügt denselben noch ein neues hinzu, nämlich den Sauerstoff in gasförmigem Zustande, den man durch einen Doléris'schen Spülkatheter in die Uterushöhle einleitet. Die Sonde bleibt liegen und auf diese Weise wird kontinuierlich die Schleimhaut der Gebärmutter und der Scheide von Sauerstoff bestrichen, wodurch eine deletäre Wirkung auf die anaroben Mikroorganismen, die bei den in Rede stehenden Infektionen vorwalten, ausgeübt wird. Keine antiseptische Waschung soll so gute Erfolge geben, wie die erwähnte Sauerstoffeinleitung. — E. T.-B.

Vortrag von Dr. Heinrich Röder-Elberfeld, **Absolute und relative Indikationen zur Akoholanwendung in der Therapie.** Gehalten in der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie auf der 80. Versammlung Deutscher Naturf. und Ärzte in Köln a. R. 1908.

Leitsätze: 1. Der arzneilichen Anwendung des Alkohols steht sein allgemeiner Gebrauch als Genussmittel entgegen.

2. Absolute Indikationen zur Anwendung des Alkohols kommen bei unseren wirtschaftlichen Zuständen sehr selten und immer nur zeitlich eng begrenzt vor.

3. Relative Indikationen sind weit seltener als sie den tatsächlich getroffenen Verordnungen entsprechen.

4. Die Häufigkeit dieser Verordnungen berücksichtigt nicht a) die Summe der neueren Alkoholforschungen, die zwar noch nicht völlig übereinstimmende Ergebnisse erzielt hat, im ganzen aber das früher so grosse Feld der Indikationen zur A.-Anwendung ungeheuer eingeschränkt hat; b) den Umstand, dass die Verbreitung des Alkohols als Genussmittel das Krankmaterial durch Gewöhnungs- und Vererbungsschäden hat derartig ungleich werden lassen, dass im Einzelfall niemals die körperliche und seelische Wirkung einer bestimmten A.-Gabe vorausgesehen werden kann, ganz abgesehen von den Alters- und Geschlechtsunterschieden der Kranken.

5. Die A.-Anwendung ist meistens ein Zurückweichen von der jahrtausendlang durch die Ärzte nicht genügend bekämpften Volksmeinung, gegen die anzukämpfen der einzelne Arzt namentlich im Beginn seiner Praxis wirtschaftlich zu schwach ist.

6. Die Alkoholsitten, in denen die Quelle der A.-Schäden zu suchen ist, können bei aller Anerkennung der Einzelarbeit nur durch die ärztlichen Verbände, die Kliniken und Anstalten wirksam bekämpft werden.

7. Bisher hat im allgemeinen nur ein Teil der psychiatrisch-neurologischen, dann auch der internen Krankenhäuser die notwendigen Folgerungen aus dem Tatsachenmaterial gezogen.

8. Die Annahme, man müsse durch Verabreichung kleiner Gaben von Bier oder Wein zur Krankenkost der Volksmeinung entgegen kommen, um heimlichen Missbrauch zu begegnen, erweist sich durch die Praxis als irrtümlich. Sie dient nur dazu, dem einzelnen Kranken

die Tatsache nicht in das Bewusstsein dringen zu lassen, dass der Alkoholenthaltsame die besseren Gesundheits- und Lebenserwartungen hat. Jede Belehrung ist schwächer wie derartige Einrichtungen.

9. Die zunehmende Benützung der Krankenhäuser und Fürsorgeeinrichtungen, eine Folge der Grossstadtbildung und der sozialen wie bürgerlichen Gesetzgebung, erfordert dringend, dass Alkoholunterricht und Examenszwang namentlich für Mediziner, dann aber auch für Verwaltungsbeamte und Erzieher allgemein eingeführt werde.

10. Es ist den heute feststehenden Tatsachen gegenüber der medizinischen Praxis unwürdig, dass beim Alkohol immer noch Begriffe wie Stärkung, Erwärmung, kulturelles Bedürfnis etc. eine Rolle spielen.

11. Die bisherige Berücksichtigung des Alkoholismus durch die soziale Medizin ist unzulänglich.

12. Die Verbreitung konstitutioneller sowie degenerativer Krankheitszustände und der Geschlechtskrankheiten erfordert zugleich Änderung der Volksanschauungen, damit diese gestatten, die mehr oder weniger strenge Enthaltung von Alkohol als Genussmittel ohne den jetzt noch erforderlichen Aufwand von Energie durchzuführen. — R.

In der Medizinischen Gesellschaft zu Magdeburg hielt nach dem Offiziellen Protokoll (Münch. med. Woch. Nr. 13, 1908) in der Sitzung vom 28. Nov. 1907 Herr Müller einen Vortrag über **Die Serumbehandlung des Puerperalfiebers** (siehe Seite 561).

Nach einem kurzen Überblick über die wichtigsten Behandlungsmethoden des Puerperalfiebers, wobei namentlich auf das in den letzten Jahren vielfach geübte chirurgische Vorgehen aufmerksam gemacht wird, berichtet der Vortragende über die Erfolge, welche mit der Serumbehandlung bei septischen Wöchnerinnen auf der gynäkologischen Abteilung der Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg erzielt wurden.

In Anwendung kam ausschliesslich das polyvalente Menz er'sche Streptokokkenserum, von der Firma Merck-Darmstadt hergestellt. Bezüglich der Indikation der Serumtherapie wird darauf aufmerksam gemacht, dass alle diejenigen Fälle von puerperaler Infektion als für die Serumbehandlung unbrauchbar auszuschliessen sind, bei denen die Infektionserreger klinisch nachweisbare Gewebsveränderungen hervorgerufen haben (z. B. Fälle von allgemeiner Peritonitis, puerperaler Pyosalpinx, parametranen Exsudaten, metastatischen Abszessen usw.). Auf Grund seiner Beobachtungen kommt M. zu dem Resultat, dass das Menz er'sche Streptokokkenserum zwar kein Spezifikum gegen die allgemeine puerperale Sepsis ist, dass es aber imstande ist, in vielen Fällen auch schwerster Infektion, den Infektionsprozess zum Stillstand zu bringen und die Krankheit zu gutem Ende zu führen.

Von besonderer Wichtigkeit ist es, die Seruminjektionen möglichst frühzeitig und, bei der Unschädlichkeit des Mittels, in grossen Dosen anzuwenden. —

Diskussion. Herr Brunet: Wir haben in der Hebammenlehr-

anstalt das Streptokokkenserum — es kam hauptsächlich das M e r k -sche Präparat zur Verwendung — in 14 Fällen von schwerem Puerperalfieber angewandt. Die Indikationen waren dieselben, wie sie der Votr. angegeben hat. Ausgeschlossen von der Behandlung wurden die Fälle von Peritonitis und nachweisbaren Eiterherden, die gonorrhoeischen Fieberfälle und diejenigen, bei denen ein Erfolg überhaupt nicht mehr zu erwarten war. In einer Reihe von Fällen wurde die bakteriologische Untersuchung des steril entnommenen Uterussekretes und des Blutes der Injektion vorausgeschickt, ein Verfahren, das sich besonders bei Verdacht auf Gonorrhoe empfiehlt. Von 6 Fällen schwerer Sepsis im Anschluss an Abort starben 2, beide eingestanden kriminelle Aborte. In den 4 übrigen Fällen, darunter ebenfalls ein krimineller Abort mit schweren Uterusverletzungen, war eine günstige Einwirkung des Serums unverkennbar. In den 8 Fällen von Puerperalfieber im Anschluss an einen Partus ad terminum, die mit Serum behandelt wurden, war 4 mal ein Erfolg nicht eingetreten, 2 Frauen starben, in den beiden andern Fällen bestanden Fieber und schlechtes Allgemeinbefinden unverändert weiter, sie genasen erst nach längerer Zeit. In den übrigen 4 Fällen war der Effekt des Serums auf Temperatur, Puls und Allgemeinbefinden ein in die Augen springender. In einem Fall wurden Serumexantheme, in einem andern Gelenkschwellungen gesehen, die rasch wieder zurückgingen. Die Erfolge sind trotz mancher negativer Beobachtungen doch so unverkennbar, dass sich die Anwendung des Streptokokkenserums in allen schweren Fällen von Puerperalfieber empfiehlt. Daneben ist auch die Hebung des Allgemeinbefindens durch zweckmässige Ernährung etc. nicht ausser acht zu lassen. —

Herr Thörn: M. H.! Ich bin nur sehr skeptisch an die Erprobung des M e n z e r'schen Serums herangegangen, aber da auf meiner Abteilung eine grosse Zahl schwerer Wochenbettserkrankungen aus Stadt und Land jetzt behandelt werden muss und da die Fälle häufig nicht so früh eingeliefert werden, dass man von einer lokalen Therapie viel erwarten könnte, so halte ich es für Pflicht, alles zu versuchen und ich muss gestehen, dass mich das Mittel angenehm enttäuscht hat. Wir haben es — das möchte ich nochmals ausdrücklich betonen — nur bei Fällen angewandt, wo keine Lokalisationen der puerperalen Erkrankungen nachweisbar waren, und wo es sich im wesentlichen um Streptokokkeninfektionen handelte. Wir haben sehr grosse Dosen angewandt, ohne irgend einen Nachteil zu sehen. Die von Herrn Müller Ihnen referierten Fälle bewiesen zum Teil eine so überraschende und prompte Wirkung des Serums, dass von Täuschungen nicht die Rede sein kann und ich glaube, Ihnen das Mittel mit gutem Gewissen für Fälle der gekennzeichneten Art für Ihre Praxis empfehlen zu dürfen. Ohne allzu optimistisch sein zu wollen, hoffe ich, dass in der Praxis draussen noch Besseres mit dem Serum erreicht werden wird, wenn es frühzeitig genug zur Anwendung gelangt; dabei sollen unsere sonstigen erprobten therapeutischen Hilfsmittel gewiss nicht vernachlässigt werden. Bei vermehrter Anwendung wird voraussichtlich auch der hohe Preis des Mittels herabgesetzt werden können. Unsere Versuche waren uns nur durch die

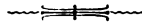
höchst dankenswerte Liberalität der Firma Merck-Darmstadt möglich; wir werden sie weiter fortsetzen. —

Herr W e n d e l berichtet kurz über die Erfahrungen, welche er mit polyvalentem Antistreptokokkenserum gemacht hat. Er hat stets das Menzer'sche Serum benutzt und hat bei puerperaler Streptokokkenpyämie auffallend gute Wirkung gesehen. Jede Injektion wurde prompt von einem wesentlichen Temperaturabfall gefolgt. Bestehende Abszesse bilden keine Kontraindikation, wenn sie vorher breit eröffnet und gut drainiert werden. Besonders in einem schweren Falle mit Vereiterung mehrerer grosser Gelenke und Bildung zahlreicher intramuskulärer und subkutaner Abszesse erfolgte unter der Einwirkung des Serums Heilung.

Von anderen Erkrankungen reagierten oft gut subakute und chronische Gelenkrheumatismen — akute kommen ja nicht in die Behandlung des Chirurgen, so dass dem Redner hierüber eigene Erfahrungen fehlen. Auffallend ist, dass die eigentlich chirurgischen Streptokokkeninfektionen, vor allem das Erysipel, ebenso nicht-puerperale Pyämien, keinen Einfluss des Serums erkennen liessen. —

Herr L e o kann aus den Erfahrungen der Hallenser Universitäts-Frauenklinik die guten Erfolge der Serumtherapie bei Puerperalfieber unter Voraussetzung sorgfältiger Auswahl der Fälle bestätigen. Erhebliche schädliche Nebenwirkungen wurden nie bemerkt. Das Serum soll früh gegeben werden und man muss, wenn etwa eine Lokalisierung des krankhaften Prozesses vorhanden ist, für guten Abfluss der toxischen Sekrete sorgen. Neben der Seruminjektion sind die älteren therapeutischen Massnahmen, vor allen Dingen die Kochsalzinfusion, von grossem Wert. Bei ausgesprochener Pyämie waren sichere Serumerfolge nicht zu beobachten. Über intravenöse Seruminjektion sind die Akten noch nicht geschlossen. —

Herr L o t s c h sah als Assistent bei Menzer eklatante, auch von begeisterten Salizylverehrern anerkannte Erfolge der Serumtherapie bei Gelenkrheumatismus und zwar häufig gerade bei solchen Fällen, die sich unter Salizyl nicht bessern wollten. — Das Auftreten eines Serumexanthems wurde als Zeichen überwundener Infektion begrüsst. —



Praktische Mitteilungen und Notizen.

Eine neue Indikationsstellung zur **Einleitung des künstlichen Aborts** wegen psychischer Krankheiten entwickelt M. F r i e d m a n n.

Bisher hat man den Abort wegen psychischer Erkrankungen fast durchgängig nur in Rücksicht auf einige typische Graviditäten und Puerperalpsychosen erwogen und den Eingriff im Prinzip abgelehnt, weil er ohne wirklichen Einfluss auf die Entstehung oder den Verlauf der Psychse bleibt. Mit J o l l y und A. P i c k stellt

der Verfasser eine grundsätzlich neue Indikation auf, die gerade ebenfalls sich nicht gar zu häufig ergibt, aber sich doch nach der Meinung des Verfassers ungleich wichtiger gestaltet als jene alte Indikation. Es handelt sich dabei um die sog. psychopathische Reaktion bei psychisch widerstandslosen und neuropathischen Individuen, und es liegt dabei eine krankhafte Übertreibung der Geburtsangst vor. Von echten Psychosen unterscheiden sich diese Erkrankungen dadurch, dass sie allein durch den psychischen Affekt ins Leben hervorgerufen werden, und dass sie fast ausschliesslich verschwinden und zur Genesung gelangen, wenn das krankmachende Agens, also die Schwangerschaft, beseitigt wird. Die Gefahr des Selbstmordes und eine bedrohliche körperliche Abnahme geben die Indikation ab. — Th. R.



Feuilleton.

Ein Beitrag zu der Dr. Landmann'schen Arbeit: „Ein seltener Fall von Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiss nebst Beitrag zur Würdigung des Fleischsaft Puro“.

Von Dr. Franz Freudenberg, Frauenarzt in Dresden.

Der obenstehend erwähnte Artikel in No. 20 d. W. vom 19. Mai d. J. der Münch. med. Woch. hat mein lebhaftes Interesse erweckt. Nicht sowohl wegen des wohl gelungenen Nachweises, dass Puro früher nicht, jetzt aber Hühnereiweiss enthält — das wird zurzeit ja m. W. von allen Seiten zugegeben und tut auch der Bekömmlichkeit des Präparates wohl wenig Abbruch, — sondern wegen des geschilderten Falles von *Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiss*. Da hatte ich denn endlich einen Parallelfall vor mir oder, — wenn wir den Shoffield'schen Fall hinzunehmen — zwei Parallelfälle zu einer Beobachtung, die ich als Bonner Student zu machen Gelegenheit hatte und deren Mitteilung an dieser Stelle ich mir im Anschluss an die Landmann'sche Publikation nicht versagen möchte.

Mein Fall betrifft den verstorbenen Kollegen Stabsarzt Dr. Becker aus Köln a. Rh., mit dem ich gemeinsam mehrere Semester in Bonn studierte. Derselbe war anscheinend hereditär in keiner Weise belastet. Vom Lande stammend, lebten seine Eltern, die ich als gesunde und kräftige Leute kennen zu lernen Gelegenheit hatte — der Vater war zivilversorgungsberechtigter Beamter — in dem Dorfe Rodenkirchen bei Köln a. Rh., umgeben von einer zahlreichen Kinderschar, allesamt pausbäckig und muskelstark, wie auch unser damaliger Kommilitone Becker. Auch geistig war derselbe ungemein aufgeweckt. Für das medizinische Studium ungewöhnlich

begabt, besass er daneben noch ein höchst ansprechendes musikalisches Talent. Nur eine körperliche Unvollkommenheit war ihm eigentümlich: ihm fehlte angeboren der Geruchssinn. Und zwar vollkommen. Bei unserm gemeinsamen Arbeiten im physiologischen Institut des Herrn Geh. Rat Pflüger, bei denen ich meinen Platz neben ihm hatte, musste ich stets mit meinem Riechorgan aushelfen, wenn ein solches in Anspruch genommen wurde. An der Ammoniakflasche konnte Becker riechen, nicht nur ohne selbst etwas dabei zu empfinden, sondern auch ohne dass irgend eine begleitende Reaktion wie Niesen oder Tränenträufeln eingetreten wäre. Im übrigen aber war Becker, wie gesagt, ein geistig und leiblich kerngesunder Mensch ohne jedes Stigma von Hysterie oder Neurasthenie.

Um so wunderbarer war es daher für mich, als B. eines Abends, während wir zusammen speisten, durch die Beschickung des Tisches mit weichgekochten Eiern zu dem Geständnis genötigt war, dass er eine angeborene Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiss in jeder Form besitze. Gerade bei ihm, der kein Kostverächter und eine etwas derbe, nichts weniger als zimmerliche Natur war, überraschte mich eine solche Sonderbarkeit auf das Höchste. Immerhin besass ich für ein derartiges Vorkommnis ein gewisses Verständnis, da ich selbst als Kind einen schier unbesiegbaren Widerwillen gegen Zwiebel gehabt habe, von dem ich mich erst während meiner Primanerzeit unter Aufbietung aller Willenskraft bei systematischem Vorgehen freigemacht hatte. In diesem Sinne sprach ich auch mit Becker. Er erklärte aber jede Möglichkeit einer Heilung für ausgeschlossen. Auch auf die kleinsten Quantitäten Hühnereiweiss reagiere sein Organismus auf das Schwerste. Falls nicht sofortiges Erbrechen eintrete, stellten sich bei ihm regelmässig heftige Intoxikationserscheinungen ein. Trotzdem, bei der beispiellosen Seltenheit dieser Form der Idiosynkrasie gegenüber einem scheinbar absolut harmlosen Stoff, konnte ich mich nicht des Zweifels erwehren, der sonst so starkgeistige Kommilitone möchte doch hier eine Stelle haben, an der er sterblich d. h. für eine Autosuggestion empfänglich wäre. Und die Gelegenheit kam bald, dies zu erproben. Eines Abends war B. gerade einmal aufgestanden, als ein vorher bestelltes Abendbrot vom Kellner hereingebracht wurde. Diesen Moment benutzte ein Mitglied des eingeweihten Freundeskreises, ergriff vom Schenkisch ein Solei, löste davon ein kaum stecknadelkopfgrosses Stückchen ab und warf dieses in die Sauce des Becker'schen Bratenstückes. B. kam alsbald zurück; lustig wie immer verzehrte er sein frugales Gericht mit bestem Appetit, plötzlich aber sahen wir ihn erbleichen; er stand rasch auf, übergab sich im Hofe und trat mit den Worten wieder in unseren Kreis: „Ihr habt mir Ei in die Sauce getan!“ Ich kann die bestimmte Versicherung abgeben, dass das in Rede stehende Partikelchen nicht grösser war, als der Kopf einer Stecknadel.

Wiewohl ich bereits bei anderer Gelegenheit in der Lage war, eine Reihe von interessanten Beobachtungen von mannigfaltigen Idiosynkrasien zu veröffentlichen, so habe ich doch bisher von einer

Publikation des Becker'schen Falles Abstand genommen, da mir derselbe allzu abenteuerlich erschien. Nicht ganz mit Unrecht mahnt uns Dante (Inferno XVI, 124—126) opportunistisch:

„Sempre a quel ver ch'ha faccia di menzogna, del nom chiuder le labbra, quantei puote. Però che senza colpa fa vergogna.“

Und trotzdem und alledem sage ich: Gottlob, die deutsche Wissenschaft hat diesen Grundsatz nicht adoptiert, und wird es, wie zu hoffen steht, auch in der Folgezeit nicht tun. —

*) Stets vor dem Wahren, das auch nur den Anschein der Lüge erweckt, sollst du, soweit du kannst, die Lippen verschliessen, weil, wenn du auch schuldlos bist, dein Ruf befleckt wird.

Berichtigung zu Heft 11.

Seite	527,	Zeile	20	v. o. lies statt	Arten: Orten.
„	527,	„	4	v. u. lies statt	Vorbildung: Verbildung.
„	528,	„	9	v. o. lies statt	des: der.
„	528,	„	10	v. o. lies statt	Tatsachen: Tatsache.

Literatur.

Borghorst, Jul., ü. d. Behandlg. d. puerperalen Mastitis m. Bier'scher Stauung. Diss. Giessen 08.

Hoehne, Oberarzt Priv.-Doz. Dr. O., Erfolge u. Dauererfolge d. Hebesteotomie an d. Kieler Universitätsfrauenklinik m. 6 Tab. (Sammlung klin. Vorträge, begr. v. O. v. Volkmann, N. F., hrsg. v. O. Hildebrandt, Frdr. Müller u. Frz. v. Winckel. H. 497/98.) Leipzig 08, J. A. Barth.

1,00; Einz.-Pr. 1,50.

Jaf, ovariostomistes et faiseurs d'anges. La chasse aux ovaires. L'ovariotomie sans nécessité. La débauche favorisée. Les avortements. Paris 08, Fort.

0,30

Mayer, Ob.-Arzt Priv.-Doz. Dr. Aug., ü. Sterilität. (Sammlg. klin. Vorträge begr. v. R. v. Volkmann, N. F., hrsg. v. O. Hildebrandt, Frdr. Müller u. Frz. v. Winckel, H. 499.) Leipzig 08. J. A. Barth.

Subskr.-Pr. 0,50; Einzpr. 0,75

Mitteilungen a. d. gynäkol. Klinik d. Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. VII, Bd. 8. H. m. Abb. Berlin 08, S. Karger.

4,60

Sandleben, Albert, ü. weitere 11 Fälle v. Hebesteotomie. Diss. München 08.

Schultz, O., ü. stieltorquierte Ovarialtumoren. Diss. Strassburg 07.

Sfameni, Prof. Dr. Dr. P., d. Placenta marginata u. ihre Entstehg., aus d. Frauen-

klinik u. d. Hebammenschule d. Universität Perugia, m. 11 Abb. Berlin 08, Karger

2,50

Sitzungsberichte d. Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie zu Köln a. Rh., Jhrg. 1906—07, m. Abbild. Berlin 08, S. Karger.

3,00

Sokolowsky, Dr. R., Larynx tuberkulose u. Gravidität. (Samml. zwangl. Abhandlg. aus d. Gebiete d. Nasen-, Ohren-, Mund- u. Halskrankh., in Rücksicht auf allgem.-ärztl. Gesichtspunkte, begr. v. Dr. Max Bregen, hrsg. v. Priv.-Doz. Dr. Gust. Heermann, 5. H.) Halle 08, C. Marhold.

0,75

Studemann, Albert, Altersbild und geburtshilf. Komplik. Diss. München 08.

Vaucaire, Dr. R., formulaire de gynécologie et d'accouchements. Thérapeutique, traitement des maladies des femmes. 3e éd. rev. et augm. Paris 08, Maloine.

5,00

Verhandlungen d. gynäkol. Gesellsch. in Breslau. Jhrg. 1907/08. Berlin 08, S. Karger.

3,00

Zangemeister, W., Mechanik u. Therapie der in der Austreibungsperiode befindl. Querlagen („verschleppte Querlagen“) aus der kgl. Univ.-Frauenklinik zu Königsberg i. Pr., m. 9 Abb. Leipzig 08. F. C. W. Vogel.

3,00

Zimmermann, Rob., z. Symptomatologie d. entz. Frauenkhh. u. d. Lageveränd. d. Gebärmutter. Diss. München 08.

Der Frauenarzt.

Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Für praktische Aerzte

herausgegeben von

Dr. med. Freudenberg, Dresden.

Erscheint am dritten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 18 Mk., direkt unter Kreuzband 18 Mk. 80 Pfg. für Deutschland und Oesterreich-Ungarn, 20 Mk. fürs Ausland, einzelne Hefte 2 Mk. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit entgegen. Inserate, die 2-spaltige Petitzeile 40 Pfg., werden spätestens 8 Tage vor Erscheinen des nächsten Heftes erbeten.

Benno Koenig Verlag, Leipzig.

Heft 265.

Leipzig, 17. Januar 1907.

XXIII. Jahrg. Heft I

Apotheker „Kanoldt's Tamarinden“

(mit Schokolade umhüllte, erfrischende, abführende Fruchtpräparate) sind das angenehmste und wohlschmeckendste

◆ **Abführmittel** für *Kinder* und *Erwachsene*. ◆

Schachtel (6 Stück) 80 Pfg., einzeln für 15 Pfg. *in fast allen Apotheken.*

Um 50% billiger, als die Arzneitaxe zu berechnen gestattet.

Allein acht, wenn von Apotheker **C. Kanoldt Nachfolger** in Gotha.

Hervorragend
blutbildendes
Kräftigungs-
und
Ernährungs-
Mittel.

33%

[4019]

Fleisch-
Eiweiss.

Preis:
M. 2,50

Fleischsaft
PURO

Vor völlig minderwertigen, auf Verwechslung berechneten **Nach-**
ahmungen warne ausdrücklich.

„Puro“ Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.

Durch den Lacto-Generator

ein Pflanzensaft zum Einreiben der Brüste der afrikanischen Pflanze Lacto ferrin) wurde dem Arzneischatz eines der wichtigsten Mittel hinzugefügt, das eine grosse und wirklich „ideale“ Zukunft hat.

Der Lactor ermöglicht es jeder Mutter solange zu stillen, als sie es wünscht.

Eine Flasche 14 Tage ausreichend zu M. 2.—.

[3841

Rad-Jo ein sicheres u. unschädliches Mittel

den Frauen die Geburt zu erleichtern und schmerzloser zu machen. :: Broschüre zu Diensten.

Garantie: Betrag wird zurückgezahlt, falls die Wirkg. nicht zufriedenstellend. Arme erhält „Rad-Jo“ gratis.

Portion 6—10 Mk.

:: Dr. Hey's Lactor- & Rad-Jo-Versand, Hamburg 21.

Horlick's Malz-Milch in Pulverform

nachweisbar das erste Nähr- und Stärkungspräparat der Welt für Säuglinge, Kinder und Erwachsene.

Proben und Broschüren durch:

[3970

Horlick's Malz-Milch Co., G. m. b. H., Halle a. Saale.

FLUINOL

[3922]

W. Z. 75 063

ein ausgezeichnetes Spezifikum gegen Gicht, Rheuma, Lungen- und Kehlkopfleiden, Nervosität, Herz- und Frauenkrankheiten. Das **Fluinolbad** ist ein wunderbares Beruhigungs- und Stärkungsmittel für Herz und Nerven.

Literatur und Probeflaschen gratis und franko.

ein herrliches, antisept. Badeingredienz mit **Fluorescenz**.

— Coniferennadel-Fluidextrakt, —

Vor Nachahmungen wird gewarnt.

Alfred Schmidt, deutscher Apotheker, der H. S. als hervorragendes Diätetikum begründet haben. **Basel u. St. Ludwig i. Els.**

Nur die Holländische Säuglingsnahrung (H. S.)

ist aus wirklicher **Buttermilch** bereitet:

Durch diese Tatsache, sowie durch die besondere Art der Herstellung (Müller'sches Verfahren) erklären sich die auffallend günstigen Resultate, die den Ruf der H. S. als hervorragendes Diätetikum begründet haben.

[3928

Literatur durch die Milchanstalt Staudt & Co., Vilbel (Hessen).

Pfunds Condensirte Milch



Marke „Silberkrug“ mit Patentöffner

stammt von Kühen der bestbewirtschafteten Güter Sachsens. Sie ist ein

[4008

vorzügliches und **altbewährtes**

Kindernährmittel,

für die Säuglings- u. Krankenpflege unentbehrlich.

Deutsches Erzeugnis

Dauernd haltbar, vollrahmbaltig und von steter Gleichmässigkeit.

Dresdner Molkerei Gebrüder Pfund, Dresden

Gegr. 1880.

Milch-Grossindustrie

Gegr. 1880.

Dott. Giovanni Grassi, vom Provinzial-Findelhospiz, Mailand:

„Ich habe „Kufeke“ Kindermehl bei einigen Kindern dieses Spitals angewandt und habe damit wahrhaft glänzende Resultate erzielt.“

Dott. Pio Biasi, Chefarzt und Direktor der Kinderbewahranstalt, Rom:

„Mit „Kufeke“ Kindermehl habe ich ausgiebige Versuche angestellt. Ich brachte dasselbe hauptsächlich bei Neugeborenen in Anwendung, welche infolge erblicher Syphilis künstlich ernährt werden mussten, und konnte ich beobachten, dass es gerne genommen und leicht verdaut wurde, sodass ich es für ein ausgezeichnetes Ersatzmittel in den nicht seltenen Fällen halte, wo eine mit Milch gemischte Nahrung oder auch eine künstliche angebracht ist.“

Ware zu Versuchszwecken und Literatur stehen den Herren Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

R. Kufeke, Bergedorf-Hamburg u. Wien I.

Histosan (Guajakol-Albuminat)

— D. R.-P. 162 656. —

Nach Untersuchungen im Institut zur Erforschung der Infektionskrankheiten, Universität Bern, und nach solchen vom Pharmakologischen Institut der Universität Innsbruck, sowie nach mannigfachen Erfahrungen in Krankenhäusern und Sanatorien, hat das HISTOSAN eine ganz auffallend günstige Wirkung bei Tuberkulose und auch bei anderen infektiösen Erkrankungen der Atmungsorgane. HISTOSAN übertrifft, wie jeder Arzt à priori zugeben wird, als Eiweissverbindung jedes bisher bekannte Guajakol-Präparat in rationeller Zusammensetzung und ein praktischer Versuch mit demselben wird in jedem Falle unzweifelhaft dartun, dass es allen bisher angewandten Mitteln an Wirksamkeit bei den in Betracht kommenden Krankheiten weit überlegen ist.

Ausführliche Literatur u. Muster stehen den Herren Ärzten gern kostenlos zur Verfügung.

Einnehmeformen f. Erwachsene:

Rp. **Sirup. Histosan** lag. orig. I.
S. 3—4 mal täglich 1 Kaffeelöffel.

Rp. **Tabletten Histosan** scat. orig. I.
S. 4—6 Tabletten täglich.

Rp. **Histosan pulv.** 0.5 tal. dos. No. XX
S. 3—4 mal täglich 1 Pulver.

Preise:

1 Originalflasche **Histosan-Sirup**
Fr. 4.00, Mk. 3.20, Kr. 4.00.

1 Original-Schachtel
Histosan-Milchschokolade-Tabletten
40 Stück enthaltend
Fr. 4.—, Mk. 3.20, Kr. 4.00.

1 Original-Schachtel **Histosan-Pulver**
à 25 gr.
Fr. 5.00, Mk. 4.00, Kr. 5.00.

Fabrik chem. u. diät. Produkte Schaffhausen

Schaffhausen (Schweiz) u. Singen (Baden).

[3763]

GOLDKORN

Nähr-u. Kräftigungsmittel

für
Säuglinge
Kinder,
Kranke u.
Genesende.



ist
fertig zum
Gebrauch

u. besitzt leichteste
Verdaulichkeit bei
höchstem Nährwert

3949]

Goldkorn ist ein **Mehlform.**
Malzpräparat in

Mit verdünnter Kuhmilch beste Nah-
rung auch für magenranke Säuglinge.

Preis per Flasche Mk. 1.50.

Erhältlich in Apotheken, Drogerien etc.
oder direkt durch die

Nährmittelfabrik Pfister Mayr & Co.,
MÜNCHEN, Sonnenstrasse 19.

Proben für Herren Aerzte gratis.

Odda M. R.

für Magenleidende und
Reconvalescenten

eine leichtverdauliche, wohlschmeckende, billige
Kraft- und Krankennahrung.

Vorzüglich bewährt: In der Therapie des *Ulcus Ventriculi* neben
der Milch und als Ersatz derselben, ebenso bei anderen Reiz-
zuständen des Verdauungsapparates, Hyperacidität, Carcinom,
chron. Darmkatarrh, ferner als Hauptbestandteil der salzarmen
Diät bei Nephritis, endlich in allen Fällen von Unterernährung,
in welchen Schonung des Verdauungsapparates indicirt ist,
bei chronischen und selbst akuten Fieberzuständen, Recon-
valescenz, Anaemie, Phthise. Bei Mastkuren leistet „Odda
M. R.“ sehr wertvolle Dienste.

Das Präparat ist in das von der Centralkommission der Krankenkassen Berlins und der Vororte herausgegebene
Arznei-Verordnungsbuch aufgenommen und zur ungehinderten Verordnung freigegeben.

Odda K. neue Kindernahrung

nach Geh. Rat Prof. v. Mering.

Frei von Fetten mit flüchtigen Fettsäuren. Hoher
Phosphor-(Lecithin)Gehalt. Bewährt. Mischungsverhältnis lösl. u. unlösl. Kohlehydrate.

Odda M. R. $\frac{1}{2}$ B. Inhalt 400 gr 2,0 Mk., $\frac{4}{5}$ B. Inhalt 200 gr 1,10 Mk., Krankenkassenpackung 0,75 Mk.

Odda K. $\frac{1}{2}$ B. Inhalt 400 gr 1,40 Mk., $\frac{1}{3}$ B. Inhalt 200 gr 0,80 Mk.

Proben und Literatur kostenfrei.

Deutsche Nährmittelwerke Strehlen in Schlesien.

[8873



MAGGI'S Würze

mit dem
Kreuzstern



unterstützt den Arzt in seinen diätetischen
Verordnungen am Krankenbett, fördert Appetit und
Verdauung, — sonst völlig reizlos.

Weil billig, für alle Volksklassen.

Man verlange
wissenschaftliche Literatur und Proben von der
Maggi-Gesellschaft, Berlin W. 57.

[3498

Verantwortlich für den Anzeigenteil der Verleger und Eigentümer Benno Konegen;
Druck von Julius Brandstätter (Inh.: Neumann & Böhme); beide in Leipzig.

Digitized by Google

Durch den Lacto-Generator

ein Pflanzensaft zum Einreiben der Brüste der afrikanischen Pflanze Lacto ferrin) wurde dem Arzneischatz eines der wichtigsten Mittel hinzugefügt, das eine grosse und wirklich „ideale“ Zukunft hat.

Der Lactor ermöglicht es jeder Mutter solange zu stillen, als sie es wünscht.

Eine Flasche 14 Tage ausreichend zu M. 2.—.

[3841]

Rad-Jo ein sicheres u. unschädliches Mittel

den Frauen die Geburt zu erleichtern und schmerzloser zu machen. :: Broschüre zu Diensten.

Garantie: Betrag wird zurückgezahlt, falls die Wirkg. nicht zufriedenstellend. Arme erhält „Rad-Jo“ gratis.

Portion 6—10 Mk.

:: Dr. Hey's Lactor- & Rad-Jo-Versand, Hamburg 21.

Horlick's Malz-Milch in Pulverform

nachweisbar das erste Nähr- und Stärkungspräparat der Welt für Säuglinge, Kinder und Erwachsene.

Proben und Broschüren durch:

[3970]

Horlick's Malz-Milch Co., G. m. b. H., Halle a. Saale.

FLUINOL

[3922]

W. Z. 75 063

ein ausgezeichnetes Spezifikum gegen Gicht, Rheuma, Lungen- und Kehlkopfleiden, Nervosität, Herz- und Frauenkrankheiten. Das **Fluinolbad** ist ein wunderbares Beruhigungs- und Stärkungsmittel für Herz und Nerven.

Literatur und Probeflaschen gratis und franko.

ein herrliches, antisept. Badeingredienz mit **Fluorescenz**.

— Coniferennadel-Fluidextrakt, —

Alfred Schmidt, deutscher Apotheker, der Pharm.-chem. Laborat.,

Basel u. St. Ludwig i. Els.

Nur die Holländische Säuglingsnahrung (H. S.)

ist aus wirklicher **Buttermilch** bereitet:

Durch diese Tatsache, sowie durch die besondere Art der Herstellung (Müllersches Verfahren) erklären sich die auffallend günstigen Resultate, die den Ruf der **H. S.** als **hervorragendes Diätetikum** begründet haben.

[3928]

Literatur durch die Milchanstalt Staudt & Co., Vilbel (Hessen).

Pfunds Condensirte Milch



Marke „Silberkrug“ mit Patentöffner

stammt von Kühen der bestbewirtschafteten Güter Sachsens. Sie ist ein

[4008]

vorzügliches und **altbewährtes**

Kindernährmittel,

für die Säuglings- u. Krankenpflege unentbehrlich.

== Deutsches Erzeugnis ==

Dauernd haltbar, vollrahmbaltig und von steter Gleichmässigkeit.

Dresdner Molkerei Gebrüder Pfund, Dresden

Milch-Grossindustrie

Gegr. 1880.

Gegr. 1880.

Dott. Giovanni Grassi, vom Provinzial-Findelhospiz, Mailand:

„Ich habe „Kufeke“ Kindermehl bei einigen Kindern dieses Spitals angewandt und habe damit wahrhaft glänzende Resultate erzielt.“

Dott. Pio Biasi, Chefarzt und Direktor der Kinderbewahranstalt, Rom:

„Mit „Kufeke“ Kindermehl habe ich ausgiebige Versuche angestellt. Ich brachte dasselbe hauptsächlich bei Neugeborenen in Anwendung, welche infolge erblicher Syphilis künstlich ernährt werden mussten, und konnte ich beobachten, dass es gerne genommen und leicht verdaut wurde, sodass ich es für ein ausgezeichnetes Ersatzmittel in den nicht seltenen Fällen halte, wo eine mit Milch gemischte Nahrung oder auch eine künstliche angebracht ist.“

Ware zu Versuchszwecken und Literatur stehen den Herren Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

R. Kufeke, Bergedorf-Hamburg u. Wien I.

Histosan (Guajacol-Albuminat)

D. R.-P. 162 656.

Nach Untersuchungen im Institut zur Erforschung der Infektionskrankheiten, Universität Bern, und nach solchen vom Pharmakologischen Institut der Universität Innsbruck, sowie nach mannigfachen Erfahrungen in Krankenhäusern und Sanatorien, hat das HISTOSAN eine ganz auffallend günstige Wirkung bei Tuberkulose und auch bei anderen infektiösen Erkrankungen der Atmungsorgane. HISTOSAN übertrifft, wie jeder Arzt a priori zugeben wird, als Eiweissverbindung jedes bisher bekannte Guajakol-Präparat in rationeller Zusammensetzung und ein praktischer Versuch mit demselben wird in jedem Falle unzweifelhaft dartun, dass es allen bisher angewandten Mitteln an Wirksamkeit bei den in Betracht kommenden Krankheiten weit überlegen ist.

Ausführliche Literatur u. Muster stehen den Herren Ärzten gern kostenlos zur Verfügung.

Einnahmeformen f. Erwachsene:

Rp. **Sirup. Histosani** lag. orig. I.
S. 3—4 mal täglich 1 Kaffeelöffel.

Rp. **Tablettaa Histosani** scat. orig. I.
S. 4—6 Tabletten täglich.

Rp. **Histosan pulv.** 0.5 tal. dos. No. XX
S. 3—4 mal täglich 1 Pulver.

Preise:

1 Originalflasche **Histosan-Sirup**
Fr. 4.00, Mk. 3.20, Kr. 4.00.

1 Original-Schachtel
Histosan-Milchschokolade-Tabletten
40 Stück enthaltend
Fr. 4.—, Mk. 3.20, Kr. 4.00.

1 Original-Schachtel **Histosan-Pulver**
à 25 gr.
Fr. 5.00, Mk. 4.00, Kr. 5.00.

Fabrik chem. u. diät. Produkte Schaffhausen

Schaffhausen (Schweiz) u. Singen (Baden).

[3763]

GOLDKORN

Nähr-u. Kräftigungsmittel

für
Säuglinge
Kinder,
Kranke u.
Genesende.



ist
fertig zum
Gebrauch

u. besitzt leichteste
Verdaulichkeit bei
höchstem Nährwert

Goldkorn ist ein **Mehlform.**
Malzpräparat in
Mit verdünnter Kuhmilch beste Nah-
rung auch für magenkranken Säuglinge.

Preis per Flasche Mk. 1.50.

Erhältlich in Apotheken, Drogerien etc.
oder direkt durch die

Nährmittelfabrik Pfister Mayr & Co.,
MÜNCHEN, Sonnenstrasse 19.

Proben für Herren Aerzte gratis.

3949]

Odda M. R.
für Magenleidende und
Reconvalescenten

eine leichtverdauliche, wohlschmeckende, billige
Kraft- und Krankennahrung.

Vorzüglich bewährt: In der Therapie des *Ulcus Ventriculi* neben
der Milch und als Ersatz derselben, ebenso bei anderen Reiz-
zuständen des Verdauungsapparates, Hyperacidität, Carcinom,
chron. Darmkatarrh, ferner als Hauptbestandteil der salzarmen
Diät bei Nephritis, endlich in allen Fällen von Unterernährung,
in welchen Schonung des Verdauungsapparates indicirt ist,
bei chronischen und selbst akuten Fieberzuständen, Recon-
valescenz, Anaemie, Phthise. Bei Mastkuren leistet „Odda
M. R.“ sehr wertvolle Dienste.

Das Präparat ist in das von der Centralkommission der Krankenkassen Berlins und der Vororte herausgegebene
Arznei-Verordnungsbuch aufgenommen und zur ungehinderten Verordnung freigegeben.

Odda K. neue Kindernahrung nach Geh. Rat Prof. v. Mering.
Frei von Fetten mit flüchtigen Fettsäuren. Hoher
Phosphor-(Lecithin)Gehalt. Bewährt. Mischungsverhältnis lösl. u. unlösl. Kohlehydrate.

Odda M. R. $\frac{1}{2}$ B. Inhalt 400 gr 2.40 Mk., $\frac{1}{2}$ B. Inhalt 200 gr 1.10 Mk., Krankenkassenpackung 0.75 Mk.

Odda K. $\frac{1}{2}$ B. Inhalt 400 gr 1.40 Mk., $\frac{1}{2}$ B. Inhalt 200 gr 0.80 Mk.

Proben und Literatur kostenfrei.

Deutsche Nährmittelwerke Strehlen in Schlesien.

[3873]



MAGGI'S Würze mit dem
Kreuzstern



unterstützt den Arzt in seinen diätetischen
Verordnungen am Krankenbett, fördert Appetit und
Verdauung, — sonst völlig reizlos.

Weil billig, für alle Volksklassen.

Man verlange
wissenschaftliche Literatur und Proben von der
Maggi-Gesellschaft, Berlin W. 57. [3498]

Verantwortlich für den Anzeigenteil der Verleger und Eigentümer Benno Konegen;
Druck von Julius Brandstätter (Inh.: Neumann & Böhme); beide in Leipzig.





